

**Selbstsorge: Ausgangspunkt eines Konzepts  
leiborientierter Gesundheitsförderung für Erwachsene  
mit einer seelischen Erkrankung/Behinderung in  
sozialpsychiatrischen Settings –  
eine explorative Untersuchung**

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

Erlangung der Doktorwürde

des

Fachbereichs Erziehungswissenschaften

der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Christiane Eléonore Jaquet

aus Basel/Schweiz

Marburg/Lahn 2017

Vom Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg als  
Dissertation angenommen am:

Abschluss der mündlichen Prüfung am: 11.07.2018

Betreuer: Prof. Dr. Jürgen Seewald  
2. Gutachter: Prof. Dr. Micha Brumlik

Hochschulkennziffer: 1180

# Inhaltsverzeichnis

<b>I</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>1</b>
I 1	Entstehungshintergrund und Fragestellung der Arbeit .....	1
I 2	Methodisches Vorgehen und Aufbau der Dissertation .....	6
<b>II</b>	<b>Theoretische Grundlegungen der Dissertation: Phänomenologische und anthropologische Perspektiven zur leiblichen Verfasstheit und Sinnorientierung des Menschen.....</b>	<b>10</b>
II 1	Vorbemerkungen zu den gewählten Theorieperspektiven.....	10
II 1.1	Begründung der theoretischen Grundlegungen und Ausblick auf die Inhalte .....	10
II 1.2	Erste Annäherungen an die leibphänomenologische Perspektive und an den Leib-/Körper-Begriff.....	14
II 2	Die exzentrische Positionalität des Menschen: Aspekte der philosophischen Anthropologie Helmuth Plessners.....	17
II 2.1	Einleitende Bemerkungen zu Plessners philosophischer Anthropologie .....	17
II 2.2	Einführung zentraler Konzepte: Doppelaspektivität und Grenze.....	19
II 2.3	Die Exzentrische Positionalität als besondere Seinsweise des Menschen .....	21
II 2.4	Vertiefende Ausführungen zum Leib-Körper-Verhältnis beim Menschen.....	24
II 2.5	Resümee und Reflexionen zu Plessner in Bezug auf meine Untersuchung .....	26
II 3	Leibliches Zur-Welt-Sein: Aspekte der Leibphänomenologie Maurice Merleau-Pontys.....	28
II 3.1	Die mediale Rolle des Leibes: Vermittler zwischen Ich und Welt .....	28
II 3.2	Leib und Wahrnehmung.....	30
II 3.2.1	Der Leib als Subjekt der Wahrnehmung: „Natürliches Ich“ und ursprüngliche Intentionalität.....	30
II 3.2.2	Die Einheit der Sinne.....	32
II 3.3	Intersubjektivität aus Merleau-Pontys Sicht: Zwischenleiblichkeit.....	32
II 3.4	Leiblichkeit und Sinn .....	35
II 3.5	Resümee und Reflexionen zu Merleau-Ponty in Bezug auf meine Untersuchung .....	36
II 4	Leibliches Spüren: Aspekte der Leibphilosophie Hermann Schmitz' .....	38
II 4.1	Die Leiblichkeit als spürbare Erfahrung .....	39
II 4.2	Schmitz' Begriff der Gefühle als Atmosphären .....	41
II 4.3	Leib und Personsein .....	43
II 4.4	Einleibung und leibliche Kommunikation .....	45
II 4.5	Die situative Verortung des Menschen .....	47
II 4.6	Resümee und Reflexionen zu Schmitz in Bezug auf meine Untersuchung .....	49
II 5	Der Mensch als Sinnsuchender: Der philosophisch-therapeutische Ansatz Viktor Frankls.....	50
II 5.1	Einleitende Gedanken zur menschlichen Sinnorientierung.....	50
II 5.2	Der Wille zum Sinn.....	52
II 5.3	Resümee und Reflexionen zu Frankl in Bezug auf meine Untersuchung .....	55
II 6	Ergebnis und Ausblick .....	56

<b>III</b>	<b>Theoretische Grundlagen zu seelischer Erkrankung, Gesundheit und Gesundheitsförderung aus ressourcenorientierter Perspektive .....</b>	<b>60</b>
III 1	Gesundheitsförderung bei seelischen Erkrankungen/ Behinderungen? – Einleitende Gedanken und Begriffsklärungen .....	60
III 2	Ressourcenorientierte Änderungen der Sichtweise auf psychische Krankheit und Therapie.....	63
III 2.1	Seelische Erkrankung aus der Perspektive der anthropologischen und der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie .....	64
III 2.1.1	Allgemeine anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen – gegen die derzeitige Tendenz der Vereinfachung .....	64
III 2.1.2	Die menschliche Fähigkeit zur Pathoplastik (Frankl) .....	65
III 2.1.3	Die Richtung der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie.....	67
III 2.1.3.1	Einordnung der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie .....	67
III 2.1.3.2	Ein aktueller leibphänomenologischer Ansatz in der Psychiatrie (Thomas Fuchs) .....	68
III 2.1.4	Zusammenfassung und Fazit in Bezug auf die erweiterten Sichtweisen von seelischer Erkrankung.....	69
III 2.2	Zur Ressourcenorientierung therapeutischer Ansätze.....	70
III 2.2.1	Die Ressourcenorientierung am Beispiel zweier psychotherapeutischer Ansätze .....	71
III 2.2.1.1	Selbstbemächtigung des Subjekts durch Psychotherapie (Pohlen/Bautz-Holzherr).....	71
III 2.2.1.2	Entwicklungsfördernde Psychotherapie (Peter Fürstenau).....	73
III 2.2.2	Ressourcenorientierung der Leib- und Bewegungstherapien .....	74
III 2.2.3	Ergebnis zur Ressourcen- und Gesundheitsorientierung therapeutischer Ansätze .....	75
III 3	Das Phänomen „Gesundheit“: Definitionen, Begriffe und Bestimmungen .....	76
III 3.1	Einleitung und Überblick .....	76
III 3.2	Annäherungen an den Gesundheitsbegriff aus anthropologischer Sicht.....	79
III 3.3	Historische Anknüpfungen in Bezug auf Gesundheit .....	80
III 3.3.1	Wandel des Gesundheitsverständnisses in der westlichen Medizin- und Kulturgeschichte.....	80
III 3.3.2	Das Gesundheitssystem der Diätetik .....	83
III 3.3.2.1	Die antike Diätetik .....	83
III 3.3.2.2	Das historische Leitbild der Diätetik als Gesundheitsmodell der Gegenwart.....	84
III 3.3.3	Friedrich Nietzsche: „Vernunft des Leibes“ und Krankheit als Impuls zur „Großen Gesundheit“ .....	87
III 3.4	Wie entsteht Gesundheit? .....	89
III 3.4.1	Grundlegende Überlegungen zur Entstehung von Gesundheit .....	89
III 3.4.2	Die Salutogenese: Beispiel eines ressourcenorientierten Modells zur Entstehung von Gesundheit .....	91
III 3.4.2.1	Zentrale Begriffe des salutogenetischen Modells .....	92
III 3.4.2.1.1	HEDE-Kontinuum, Stressoren, Schutzfaktoren .....	92
III 3.4.2.1.2	Der Kohärenzsinn (SOC) als zentrale Gesundheitsressource.....	93
III 3.4.2.2	Einschätzung des Salutogenese-Modells .....	96
III 3.4.2.3	Erweiterte Betrachtungsweisen des Konstrukts „Kohärenzsinn“ .....	97
III 3.4.2.3.1	Ein Vorschlag zur leiborientierten Erweiterung des Kohärenzsinns .....	97
III 3.4.2.3.2	Überlegungen zur Förderung des Kohärenzsinns .....	98
III 3.5	Zwischenergebnis zum bisher dargelegten Verständnis von Gesundheit .....	100

III 4 Die Förderung von Gesundheit .....	101
III 4.1 Einleitende Überlegungen und Begriffsabgrenzungen.....	102
III 4.2 Gesundheitsförderung gemäß der Weltgesundheitsorganisation .....	103
III 4.3 Prävention und Empowerment: zwei allgemeine Ansätze der Gesundheitsförderung mit sozialpsychiatrischer Relevanz.....	105
III 4.4 Einordnung meines Konzepts anhand der Gesundheitsfördertheorien .....	108
III 5 Zur Gesundheitsorientierung sozialpsychiatrischer Settings .....	109
III 5.1 Bestimmungen und Bedeutungen des Begriffs „Sozialpsychiatrie“ .....	109
III 5.2 Die Förderung von Gesundheit in der Sozialpsychiatrie .....	111
III 5.2.1 Allgemeine Überlegungen zur Gesundheitsförderung in der Sozialpsychiatrie.....	111
III 5.2.2 Das Recovery-Konzept.....	112
III 5.3 Umsetzungsmöglichkeiten meines Gesundheitsförderkonzepts im sozialpsychiatrischen Rahmen .....	115
III 6 Abschließende Bewertung: Ausrichtung meines Konzepts am Paradigma der Gesundheitsförderung .....	116
<b>IV Selbstsorge und Selbst: Bestandsaufnahmen und Überlegungen im Hinblick auf meine Konzeptentwicklung.....</b>	<b>119</b>
IV 1 Einleitung und Überblick .....	119
IV 2 Bestandsaufnahme zur Selbstsorge .....	121
IV 2.1 Die Selbstsorge in der Antike.....	121
IV 2.1.1 Allgemeine Kennzeichen der Selbstsorge in der Antike .....	121
IV 2.1.2 Michel Foucaults Rekonstruktion und Aktualisierung der antiken Selbstsorge („epimelaia heautou“/„cura sui“) .....	122
IV 2.1.2.1 Merkmale der Selbstsorge nach Foucault.....	123
IV 2.1.2.2 Untersuchungsrelevanz von Foucaults Selbstsorge-Rezeption .....	125
IV 2.1.3 Erweiterung der Selbstsorge: Lothar Wolfstetters Interpretation der stoischen Oikeiosis-Lehre.....	126
IV 2.2 Ein aktuelles Konzept: Selbstfürsorge aus psychoanalytischer Sicht (Joachim Küchenhoff) .....	127
IV 2.3 Selbstsorge und Lebensführung .....	130
IV 2.3.1 Aspekte der Lebensführung anhand der Lebenskunstphilosophie Wilhelm Schmids .....	131
IV 2.3.2 Ergebnis zur Lebensführung nach Schmid .....	135
IV 2.4 Selbstsorge und Sorge .....	136
IV 2.4.1 Die Sorge als menschliches Existenzial (Martin Heidegger) .....	137
IV 2.4.2 Resümee und Untersuchungsrelevanz von Heideggers Sorge-Begriff.....	139
IV 2.5 Ergebnis zur Selbstsorge .....	139
IV 3 Der Selbstbegriff im Zusammenhang mit der Selbstsorge .....	142
IV 3.1 Einführende Gedanken und allgemeine Problemlagen zum „Selbst“ .....	142
IV 3.2 Untersuchungsrelevante Modelle des Selbst .....	144
IV 3.2.1 Das basale und das erweiterte Selbst aus entwicklungstheoretischer Perspektive .....	144
IV 3.2.1.1 Das basale oder leibliche Selbst .....	144
IV 3.2.1.2 Das erweiterte oder personale Selbst .....	146
IV 3.2.1.3 Ergänzung zum erweiterten Selbst: das Selbstkonzept .....	146
IV 3.2.2 Eine neurowissenschaftliche Sichtweise: Antonio Damasio Selbst-Modell ..	148
IV 3.2.3 Selbst-Leib-Verhältnisse .....	151

IV 3.2.4	Der Selbstbegriff von Donald W. Winnicott.....	153
IV 3.2.4.1	Annäherung an Winnicotts Selbstbegriff: Versorgung durch die Umwelt und die vom zentralen Selbst ausgehende Entwicklung.....	154
IV 3.2.4.2	Wahres und falsches Selbst .....	155
IV 3.2.4.3	Inkommunikables Zentrum und Leiblichkeit des Selbst .....	157
IV 3.2.4.4	Resümee und Reflexionen zu Winnicotts Selbst .....	158
IV 3.3	Fazit zum Selbst .....	159
IV 4	Verbleibende Fragen zur Selbstsorge bei Beeinträchtigungen des Selbst .....	160
<b>V</b>	<b>Kasuistische Explorationen: drei Fälle zur Selbstsorge .....</b>	<b>165</b>
V 1	Fragestellung und Überblick .....	165
V 2	Allgemeine methodische Überlegungen und Anlage der eigenen Untersuchung....	166
V 2.1	Die kasuistische Vorgehensweise als gewählte Methode .....	166
V 2.1.1	Begründung der Methodenwahl .....	166
V 2.1.2	Was ist ein Fall? .....	167
V 2.1.3	Ausführungen zur kasuistischen Vorgehensweise .....	168
V 2.1.3.1	Methodische Schritte .....	168
V 2.1.3.2	Funktionen und Validität .....	170
V 2.2	Anlage meiner Untersuchung .....	171
V 2.2.1	Auswahl der Fälle .....	171
V 2.2.2	Konkretes Vorgehen bei meiner Untersuchung .....	172
V 3	Drei Fälle zur Selbstsorge .....	174
V 3.1	Erster Fall: Frau B. ....	174
V 3.1.1	Überlegungen zu den Hintergründen und zur Auswahl des Falls .....	174
V 3.1.2	Fallbeschreibung Frau B. ....	175
V 3.1.2.1	Erzählung 1 .....	175
V 3.1.2.2	Erzählung 2 .....	176
V 3.1.2.3	Erzählung 3 .....	177
V 3.1.2.4	Erzählung 4 .....	177
V 3.1.3	Fallerschließung .....	178
V 3.1.3.1	Erste Einschätzung des Falls und festgelegte Bedeutungseinheiten.....	178
V 3.1.3.2	Frau B.s Sicht ihrer seelischen Erkrankung.....	178
V 3.1.3.3	Erfahrungen mit dem medizinisch-psychiatrischen Hilfesystem .....	181
V 3.1.3.4	Das Ziel, in der Realität zu verbleiben .....	183
V 3.1.3.5	Ein einigermaßen geregeltes Leben führen .....	183
V 3.1.3.6	Persönlich sinnvolle Beschäftigungen .....	184
V 3.1.3.7	Persönliche Eigenarten .....	186
V 3.1.3.8	Verhältnis von Alleinsein und Kontakten.....	186
V 3.1.3.9	Bedeutung der Atmung .....	188
V 3.1.3.10	Den Körper spüren.....	190
V 3.1.4	Reflexionen zum Fall Frau B. ....	193
V 3.1.4.1	Allgemeine Einschätzung der Selbstsorge.....	193
V 3.1.4.2	Gesundheitsbezüge der Selbstsorge.....	194
V 3.1.4.3	Themen und Aspekte der Selbstsorge.....	195
V 3.1.4.4	Bedeutung der Leiblichkeit für die Selbstsorge.....	196
V 3.1.4.5	Pädagogische Implikation.....	197
V 3.2	Zweiter Fall: Herr F. ....	198
V 3.2.1	Überlegungen zu den Hintergründen und zur Auswahl des Falls .....	198
V 3.2.2	Fallbeschreibung Herr F. ....	199

V 3.2.2.1	Erzählung 1 .....	199
V 3.2.2.2	Erzählung 2 .....	199
V 3.2.2.3	Erzählung 3 .....	200
V 3.2.2.4	Erzählung 4 .....	200
V 3.2.3	Fallerschließung Herr F. ....	201
V 3.2.3.1	Erste Einschätzung des Falls und festgelegte Bedeutungseinheiten.....	201
V 3.2.3.2	Handlung des Zettelschreibens .....	202
V 3.2.3.3	Inhalte der Zettel .....	203
V 3.2.3.3.1	Ein guter Mensch sein wollen, den Menschen helfen wollen .....	204
V 3.2.3.3.2	Gott und Jesus lieben wollen, Gott ist Medizin .....	205
V 3.2.3.3.3	Ein sauberer, gepflegter Mann sein wollen .....	207
V 3.2.3.3.4	Sorgen über den schlechten Zustand der Welt .....	208
V 3.2.3.4	Hintergründe des Zettelschreibens (Selbsterklärungen) .....	208
V 3.2.3.5	Umgang mit den Zetteln .....	210
V 3.2.3.6	Kommunikation mittels Zetteln .....	211
V 3.2.4	Reflexionen zum Fall Herr F. ....	215
V 3.2.4.1	Allgemeine Einschätzung in Bezug auf die Selbstsorge .....	215
V 3.2.4.2	Gesundheitsbezüge der Selbstsorge.....	216
V 3.2.4.3	Themen und Momente der Selbstsorge .....	217
V 3.2.4.4	Bedeutung der Leiblichkeit für die Selbstsorge.....	218
V 3.2.4.5	Pädagogische Implikation.....	218
V 3.3	Dritter Fall: Frau R. ....	219
V 3.3.1	Überlegungen zu den Hintergründen und zur Auswahl des Falls .....	219
V 3.3.2	Fallbeschreibung Frau R. ....	221
V 3.3.2.1	Erzählung 1 .....	221
V 3.3.2.2	Erzählung 2 .....	222
V 3.3.2.3	Erzählung 3 .....	222
V 3.3.2.4	Erzählung 4 .....	223
V 3.3.2.5	Erzählung 5 .....	224
V 3.3.3	Fallerschließung Frau R. ....	224
V 3.3.3.1	Erster Materialdurchgang und festgelegte Bedeutungseinheiten.....	224
V 3.3.3.2	Gleichmäßiger Tagesablauf, einfache Alltagstätigkeiten .....	225
V 3.3.3.3	Behagliche Wohnung, grüne Ausblicke .....	227
V 3.3.3.4	Trommeln, Rhythmus .....	227
V 3.3.3.5	Handarbeiten, Handwerken (sticken, umwickeln, Trommeln bauen) .....	231
V 3.3.3.6	Tanzen zu Musik.....	233
V 3.3.4	Reflexionen zum Fall Frau R.....	235
V 3.3.4.1	Allgemeine Einschätzung der Selbstsorge.....	235
V 3.3.4.2	Gesundheitsbezüge der Selbstsorge.....	237
V 3.3.4.3	Thematische Ausrichtung der Selbstsorge.....	238
V 3.3.4.4	Bedeutung der Leiblichkeit für die Selbstsorge.....	238
V 3.3.4.5	Momente der Selbstsorge .....	240
V 3.3.4.6	Pädagogische Implikationen .....	240
V 4	Abschließende Reflexionen: Analogien der drei Fälle .....	242
V 4.1	Charakteristika und Momente der Selbstsorge.....	242
V 4.2	Beiträge der Selbstsorge zur individuellen Gesundheit .....	244
V 4.3	Die Rolle der Leiblichkeit bei der Selbstsorge.....	245
V 4.4	Durch die Selbstsorge ermöglichte oder aktuell werdende Bezüge zum Selbst ..	246
V 4.5	Verhältnis von selbstsorgendem Handeln und Selbsterkenntnis.....	247
V 4.6	Selbstsorge als Finden des „Mir-Gemäßen“ .....	248

V 4.7	Die Bedeutung der Anderen im Zusammenhang mit der Selbstsorge .....	249
V 5	Resümee der kasuistischen Untersuchung .....	249
<b>VI</b>	<b>Schlussbetrachtungen: Gesundheitsförderung als Befähigung zur Selbstsorge aus leib- und sinnorientierter Perspektive.....</b>	<b>251</b>
VI 1	Theoretische Voraussetzungen und geforderter Perspektivenwechsel im Hinblick auf die Konzipierung der Selbstsorge .....	252
VI 2	Zusammenschau: Dimensionen der Selbstsorge anhand der theoretischen und der kasuistischen Untersuchung .....	254
VI 2.1	Generelle Dimensionen der Selbstsorge .....	254
VI 2.2	Weitere Systematisierung der Selbstsorge in Bezug auf das psychische Kranksein .....	255
VI 3	Paradigmatische Zuordnung meines Selbstsorge-Konzepts .....	256
VI 4	Ausblick auf eine praktische Anwendung .....	257
VI 4.1	Allgemeiner Nutzen einer Bezugnahme auf das Selbstsorge-Konzept in sozialpsychiatrischen Settings .....	258
VI 4.2	Bezugnahme auf das Selbstsorge-Konzept im Rahmen leib- und bewegungsorientierter Verfahren .....	259
VI 4.2.1	Allgemeine Rahmenbedingungen.....	259
VI 4.2.2	Funktionen der Fachperson im Hinblick auf eine leiborientierte Unterstützung der Selbstsorge .....	260
VI 4.2.3	Überlegungen zu einer konkreten methodischen und inhaltlichen Umsetzung .....	261
VI 5	Fazit: kritische Punkte und Innovationsgehalt meiner Arbeit.....	264
<b>VII</b>	<b>Dank .....</b>	<b>267</b>
<b>Literatur</b>	<b>.....</b>	<b>268</b>



*Mensch sein heißt ja niemals, nun einmal so und nicht anders sein müssen – Mensch sein heißt immer, auch anders werden können. (Viktor E. Frankl)*

## I Einleitung

In meiner Dissertation untersuche ich, unter welchen theoretischen Voraussetzungen und Bezugnahmen ein leiborientiertes Konzept der individualbezogenen Gesundheitsförderung für Erwachsene mit einer seelischen Erkrankung oder Behinderung in sozialpsychiatrischen Settings formuliert werden kann.<sup>1</sup> Einen für dieses Vorhaben geeigneten theoretischen Ausgangspunkt bietet, wie ich herausarbeiten werde, die persönliche „Selbstsorge“. Dieser Begriff ist wesentlich durch Foucaults (vgl. z.B. 1991) Rekonstruktionen der philosophischen Selbstsorge- und Lebenskunst-Modelle im Rahmen der antiken Ethik geprägt worden. In den Fachdiskursen zur Gesundheitsförderung (vgl. Keupp 2000), im Zusammenhang mit der theoretischen Fundierung der pädagogischen Beratung (vgl. Gröning 2006) oder im Kontext der Erwachsenenpädagogik (vgl. Steinkamp 1998) kommt ihm bereits eine Bedeutung zu. Die Zielsetzung meiner Arbeit ist es zu überprüfen, wie der Begriff der Selbstsorge bestimmt werden muss, damit er für Erwachsene mit einer seelischen Erkrankung/Behinderung einen sinnvollen Ansatz der Gesundheitsförderung aus leiborientierter Sicht darstellt.

### I 1 Entstehungshintergrund und Fragestellung der Arbeit

Mich im Rahmen einer Dissertation überhaupt mit dem Thema der Gesundheitsförderung für den o.g. Personenkreis zu befassen, hat einen Ursprung in meiner langjährigen beruflichen Praxis in einer sozialpsychiatrischen Institution. Ich nenne zuerst zwei Beispiele von persönlichen Erfahrungen, die im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeiten als Pädagogin sowie als Bewegungs- und Tanztherapeutin in dieser Hinsicht ausschlaggebend waren: In der Zusammenarbeit mit den psychisch kranken/behinderten Klientinnen und Klienten<sup>2</sup> habe ich festgestellt, dass die Fragen des Verlusts und des Wiedererlangens der Gesundheit eine wichtige Rolle spielen.<sup>3</sup> Nicht nur war die Gesundheit ein „Objekt der Sorge“, sondern die

---

<sup>1</sup> Wie ich die Begriffe „seelische oder psychische Krankheit“ bzw. „Behinderung“ definiere und verwende, erkläre ich in Kapitel III 1.

<sup>2</sup> An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass ich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen von nun an nur die männliche Sprachform verwenden werde. Selbstverständlich sind jeweils Angehörige beider Geschlechter gemeint.

<sup>3</sup> Mit dem Begriff „Klienten“ beziehe ich mich auf die Bezeichnung, die aus professioneller Perspektive sowohl im pädagogischen als auch im sozialpsychiatrischen Kontext generell üblich ist.

Einschätzung der Genesungschancen war des Öfteren von einem Gefühl der Mutlosigkeit begleitet. Aus diesem Grund begann ich mich verstärkt dafür zu interessieren, wie Klienten durch die pädagogische Beratung oder Begleitung zu einer zuversichtlicheren Haltung in Bezug auf ihre Gesundheit finden könnten, ohne dabei die krankheitsbedingten Problematiken außer Acht zu lassen.

Einen anderen Impuls zur Erforschung der Thematik erhielt ich im Zusammenhang mit den von mir geleiteten bewegungs- und tanztherapeutischen Angeboten. Immer wieder entfalteten sich die für die Klienten gesundheitsrelevanten Themen spontan im „zwischenleiblichen Geschehen“. Situationen wie die folgende, die einem bewegungstherapeutischen Gruppenangebot entstammt, kennen wohl die meisten Leib- und Bewegungstherapeuten<sup>4</sup>: Eine Klientin mit einer psychotischen Erkrankung leidet unter starken Schwindelgefühlen und wirkt insgesamt ängstlich. Beim freien Experimentieren mit dem Gleichgewicht wird sie im Rahmen des Gruppengeschehens allmählich mutiger, bis sie zu ihrer eigenen Überraschung spürt (und dies auch äußert), dass sie eigentlich ein gutes Balancegefühl hat. Dadurch, dass sie sich in dieser Situation außerdem daran erinnert, dass sie früher Freude am Kunstturnen hatte, knüpft sie an Ressourcen an, die für ihre Gesundheit von Relevanz sind.

Ein weiterer wesentlicher Entstehungshintergrund meiner Dissertation hängt mit der aktuellen sozialpsychiatrischen Diskurslage zusammen: Die Gesundheit und die Gesundheitsförderung psychischer kranker Menschen wird seit einigen Jahren zunehmend zum Thema.

Während in der (Sozial-)Psychiatrie durch den neurowissenschaftlichen Impuls einerseits die Dominanz eines rebiologisierten Krankheitsbegriffs auszumachen ist (Keupp 2016, 5), zeichnet sich andererseits eine Abkehr von einer ausschließlichen Orientierung an Krankheitsmodellen ab (vgl. z.B. Schmolke 2001), welche die psychiatrische Ideengeschichte bisher charakterisiert hat. Gerade im sozialpsychiatrischen Kontext gewinnt die Frage der Gesundheitsförderung an Bedeutung, da die Gesundheit in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt zu einem zentralen gesellschaftspolitischen Wert geworden ist. Dies zeigt auch ein Blick in die einschlägigen Fachzeitschriften: So wird etwa die im Rahmen der Gesundheitswissenschaften von der Weltgesundheitsorganisation formulierte Ottawa-Charta zur Kritik an der medizinischen Leitwissenschaft herangezogen, „[...] die in Theorie und Praxis zugunsten eines verengten naturwissenschaftlichen Kausalpfads von den sozialen

---

<sup>4</sup> In den Kapiteln III 2.2 und III 2.2.2 erfolgen Erklärungen, was genau ich unter dem Begriff der Leib- und Bewegungstherapien verstehe.

Kontexten abstrahiert“ (Steffens/Dieterich 2016, 5). Die psychische Gesundheit betreffend, wird in den sozialpsychiatrischen Foren eine breite Palette an unterschiedlichen Themen diskutiert: Bspw. werden die Förderung von Salutogenese und Resilienz als Leitziele herausgestellt (vgl. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe 2012) oder, in Verbindung mit der Betroffenen-Perspektive, Themen wie Selbsthilfe, Selbstvertretung oder Recovery erörtert (vgl. ebd. 2016a). Außerdem spielt die Frage der Prävention eine wichtige Rolle (vgl. ebd. 2016b).

Insgesamt wird die Sozialpsychiatrie als präventive Disziplin begriffen. Im Zusammenhang mit der Frage der Prävention wird der Einfluss der Lebensverhältnisse auf die seelische Gesundheit und das Wohlergehen diskutiert (vgl. Ratzke et al. 2016, 3). Eine gesellschaftliche Benachteiligung, in Verbindung mit mangelnden materiellen Gütern und immateriellen Verwirklichungschancen, korreliert nämlich in hohem Maß mit psychischem Leid bzw. mit dem Auftreten psychischer Störungen (Keupp 2016, 6). Aber weitaus häufiger drehen sich die sozialpsychiatrischen Diskurse um die Individualprävention. Diese verfolgt das Ziel, nach der Erkrankung die Krankheitsfolgen oder ein Wiedererkrankungsrisiko zu minimieren (Ratzke et al. 2016, 3). Dabei sind die sozialpsychiatrischen Präventionsansätze überwiegend am Risikofaktorenmodell ausgerichtet, d.h., der Fokus liegt auf der Risikominimierung durch eine vernünftige Lebensweise, etwa auf dem rechtzeitigen Erkennen von „Frühwarnzeichen“ (vgl. Balz 2016, 14).<sup>5</sup>

Auf der Interventionsebene werden in sozialpsychiatrischen Settings demzufolge diverse Präventionsprogramme angeboten. Diese beinhalten z.B. Elemente der Psychoedukation, das Training von Skills oder Maßnahmen zur Stressbewältigung (vgl. z.B. Amering et al. 2002a und 2002b; Hammer 2008). In der Regel sind sie auf die Ebene der Kognition bzw. der Verhaltenssteuerung bezogen. An den entsprechenden Programmen wird öfter die mangelnde Nachhaltigkeit beanstandet. So kritisiert etwa Rehn (2016, 27), dass sich bei den Betroffenen zwar das Wissen um die Erkrankung verändern könne, ansonsten aber kaum positive Einflüsse auf das Verhalten oder das Handeln zu verzeichnen seien. Überdies werden präventive Interventionen als ambivalent angesehen, weil sie – z.B. durch die Konzentration auf die Frühwarnzeichen psychischer Erkrankungen – Pathologisierungstendenzen verstärken können (vgl. Balz 2016, 14).

Im Gegensatz dazu gehen wegweisende neue Impulse, was das Verständnis der Gesundheit psychisch kranker Menschen betrifft, von den Betroffenen-Bewegungen aus

---

<sup>5</sup> Genauere Ausführungen zur Prävention als Form der Gesundheitsförderung erfolgen in Kapitel III 4.3.

(vgl. auch Keupp 2009, 11). Zu nennen wären in dieser Hinsicht bspw. die Perspektiven des Empowerments und der Selbsthilfe (vgl. Bening 2016) oder der Recovery-Ansatz, der den von einer psychischen Krankheit betroffenen Menschen ein sinnerfülltes und selbstbestimmtes Leben in Aussicht stellt, trotz Symptomen (Burr 2016, 17).

Die oben dargestellte Situation zur sozialpsychiatrischen Gesundheitsförderung weist meiner Ansicht nach auf Forschungslücken hin, die ich im Folgenden aufzeigen möchte.

Als Erstes fehlen im sozialpsychiatrischen Kontext leiborientierte Konzeptionen, was die Gesundheit und die Gesundheitsförderung seelisch kranker/behinderter Menschen betrifft. Dies ist keineswegs erstaunlich, denn heutzutage wird auch das seelische Kranksein nur noch selten unter einer leibtheoretischen Perspektive betrachtet und erforscht.<sup>6</sup> Was die individualbezogene Gesundheitsförderung in der Sozialpsychiatrie angeht, mangelt es des Weiteren an Konzepten, die über den Gedanken der Rückfallprophylaxe hinausgehen. Dadurch, dass die Klienten hauptsächlich als gefährdete Subjekte betrachtet werden, kommt „[...] eine sozialpsychiatrische Praxis der Ermutigung“ (Masanz/Menzler-Fröhlich 2016, 14) zu kurz. Zudem gibt es kaum konstruktive Verbindungen zwischen den Gesundheits- bzw. Gesundheitsförderkonzepten der Professionellen und der Betroffenen-Bewegungen. Dies wäre jedoch wünschenswert, denn laut Jehle (2007, 236) orientieren sich „expertenlastige“ Modelle der Gesundheitsförderung allzu oft einseitig an professionell oder gesellschaftlich definierten Erfolgskriterien.

Mit meiner Arbeit möchte ich einen Beitrag zur Schließung der beschriebenen „Forschungslücken“ leisten und aus professioneller Perspektive zu den bereits existierenden eine alternative Form der Gesundheitsförderung in der Sozialpsychiatrie anbieten, in die auch Erkenntnisse aus den Gesundheitsdiskursen der Betroffenen-Bewegungen einfließen. Dies geschieht, indem ich einen leiborientierten Selbstsorge-Begriff konzipiere, der „sensibel“ ist im Hinblick auf die subjektiven Sicht- und Erlebensweisen sowie auf die Lebensgestaltung psychisch kranker/behinderter Erwachsener. Die leibtheoretische Perspektive gestattet es, die Adressaten meines Gesundheitsförderkonzepts nicht „teilheitlich“ zu betrachten, wie dies Ansätze implizieren, die einseitig auf die Gesundheitskognitionen und auf das Gesundheitsverhalten ausgerichtet sind. Zudem soll durch die Leiborientierung meines Konzepts eine praktische Anwendbarkeit im Rahmen leib- und bewegungsorientierter Verfahren, die auf die Gesundheitsförderung des o.g. Personenkreises abzielen, ermöglicht werden.

---

<sup>6</sup> Vgl. hierzu z.B. Fuchs (2015b) und meine Ausführungen in Kapitel II 1.1.

Nun kann eine adressatengerechte Konzipierung der Selbstsorge lediglich in Verbindung mit der Beantwortung folgender zentraler Forschungsfrage erfolgen: Wie ist die *Gesundheitsförderung* eines Personenkreises, der ursprünglich und wesentlich durch das *therapeutische* Paradigma „definiert“ ist, in theoretischer Hinsicht zu begründen?<sup>7</sup> Die Selbstsorge betreffend, verweist dies u.a. auf die Frage, wie die Sorge um sich selbst angesichts der Beeinträchtigungen des Selbst, die im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten behauptet werden, überhaupt begriffen werden kann. Demzufolge muss auch geklärt werden, ob und wie therapeutische und gesundheitsfördernde Diskurse „gekreuzt“ werden können, um die Gesundheit psychisch kranker/behinderter Menschen zu fördern. Es sind in dieser Hinsicht z.B. nicht nur die Resilienz oder die Genesungswege der Klienten zu bedenken, sondern zugleich ihre (zumindest zeitweise) Schutz- und Hilfebedürftigkeit.<sup>8</sup>

Im Zusammenhang mit meinem Vorhaben möchte ich an dieser Stelle zwei kritische Punkte ansprechen: Erstens ist mein Konzept keine Aufforderung „[...] zum Selbstmanagement von Symptomen und Coaching zur Lebenszielplanung [...] im Kontext neoliberaler Sparpolitik“ (Krämer 2016, 11). Leider ist eine entsprechende „Instrumentalisierung“ im Rahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung teilweise bezüglich der Recovery-Ansätze zu konstatieren (vgl. ebd.). Zweitens birgt es eine Gefahr, sich in der Gesundheitsförderung an Individuen zu wenden, und zwar dahingehend, dass die Verantwortung für die Gesundheit individualisiert wird, wodurch die Einzelnen gesellschaftliche Angelegenheiten und Aufgaben zu ihren eigenen machen (vgl. Steffens/Dieterich 2016, 6). Auf diese Problematik gehe ich in Kapitel III 4.4 näher ein.

Schließlich möchte ich auf die erziehungswissenschaftliche Relevanz meiner Arbeit hinweisen. Sie ergibt sich zum einen dadurch, dass die gesundheitsbezogene Prävention und die Gesundheitsförderung in den erziehungswissenschaftlichen Diskursen ebenfalls an Aktualität und Bedeutung gewonnen haben. So ist die Förderung der Gesundheit als allgemeine Aufgabe sozialer und sozialpädagogischer Arbeit wiederentdeckt worden (vgl. Schubert 2002).<sup>9</sup> Zum anderen sind Pädagogen vielfach „Sozialpsychiatrie-Professionelle“, d.h. im Berufsfeld „Sozialpsychiatrie“ tätig. Nicht nur, weil sie sich im Rahmen

---

<sup>7</sup> Zu den Paradigmen der Gesundheitsförderung und der Therapie, wie Seewald (vgl. 2006, 282) sie im Rahmen einer fächerübergreifenden Systematik für die Körper- und Bewegungsarbeit beschreibt, führe ich Genaueres in Kapitel III 1 aus.

<sup>8</sup> Aus der Perspektive der Angehörigen psychisch kranker Menschen wird in diesem Kontext u.a. das Spannungsverhältnis von „Selbstsorge statt Fürsorge“ heftig debattiert: „Wer ist zu Selbstsorge in der Lage, wann ist das Versorgungssystem in der Pflicht zur Fürsorge?“ (Meyer 2016, 3).

<sup>9</sup> Vgl. hierzu auch den Überblick von Wulfhorst (2002), die eine Teildisziplin der Gesundheitspädagogik entwirft und sie in den Erziehungswissenschaften verortet.

pädagogisch-beratender Situationen unmittelbar mit der (fehlenden) Gesundheit ihrer Klienten befassen, sondern auch, weil ihnen als psychosozialer Berufsgruppe die allgemeine Aufgabe zukommt, Klienten bei der selbstbestimmten Suche nach Lebenssinn und bei der Entdeckung und Umsetzung eigener Möglichkeiten im Leben zu unterstützen (vgl. Keupp 2016, 7), kann die Kenntnisaufnahme meiner Untersuchung von Nutzen sein.

## I 2 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Dissertation

Der Schwerpunkt meiner Arbeit liegt in der *theoretischen* Entwicklung eines Selbstsorge-Begriffs, der sich für die Gesundheitsförderung psychisch kranker/behinderter Erwachsener in sozialpsychiatrischen Settings eignet.

Aus diesem Grund sind vorrangig umfassende „Explorationen“ theoretischer Art notwendig. Sie beziehen sich auf die Leiblichkeit und die Sinnorientierung des Menschen, auf die Bereiche „psychische Krankheit“, „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ sowie auf ressourcenorientierte Ansätze innerhalb des therapeutischen Paradigmas. Außerdem betreffen sie die Thematik der Selbstsorge und der Lebensführung sowie Auffassungen zu den Strukturen des Selbst. Zur Beantwortung der Forschungsfragen, die mit den eben genannten zu untersuchenden Komplexen zusammenhängen, werden Erkenntnisse aus unterschiedlichen Wissensdisziplinen herangezogen und integriert. Hierbei basiert die erkenntnistheoretische Grundlegung meiner Arbeit überwiegend auf den Philosophien und Anthropologien der phänomenologischen und der leibphänomenologischen Richtung. Psychiatrische und psychotherapeutische Wissensbestände spielen eine Rolle, und zwar vor allem aus geisteswissenschaftlicher und psychoanalytischer Perspektive. Zudem beziehe ich mich auf Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften, der Psychologie, der Pädagogik, der Soziologie und der Sportwissenschaften/Motologie.

Neben der theoretischen Untersuchung gehe ich auch empirisch vor: Durch drei kasuistische Studien mit explorativem Charakter versuche ich zu eruieren, wie sich die Selbstsorge angesichts einer schweren psychischen Erkrankung gestaltet. Ich erforsche auf diese Weise jene Fragestellungen tiefergehend, die in theoretischer Hinsicht bisher keine befriedigende Klärung erfahren haben.

Im Folgenden skizziere ich die wesentlichen Schwerpunktsetzungen meiner Dissertation, die sich in fünf große Abschnitte gliedert (Kapitel II bis VI).

In Kapitel II – *Theoretische Grundlegungen der Dissertation: Phänomenologische und anthropologische Perspektiven zur leiblichen Verfasstheit und Sinnorientierung des Menschen* – setze ich die „alte Tradition“ der Leiblichkeit gegen die heutige Dominanz des

teilheitlichen Denkens, die in der (Sozial-)Psychiatrie feststellbar ist. Hierdurch sollen die Subjektperspektive gewahrt und eine Wieder-Anbindung an die Lebenswelt erreicht werden. Überdies soll ein Gegenpol zur „zergliedernden“ Betrachtungsweise psychischer Krankheiten gebildet werden.

Die leibliche Verfasstheit des Menschen beleuchte ich aus drei verschiedenen leibtheoretischen Perspektiven, die sich ergänzen. Der Leib gilt in allen als menschliches Existenzial (vgl. Seewald 1997, 9) und stellt einen Begriff dar, durch den ein sog. dualistisches Menschbild zu überwinden gesucht wird. Plessners Philosophische Anthropologie und Merleau-Pontys Leibphänomenologie betonen dabei – in je unterschiedlichen Ausarbeitungen und Akzentuierungen – unsere doppeldeutige und spannungsreiche körperlich-leibliche Existenz, aus der u.a. eine Fremdheit für uns selbst resultiert, aber auch unsere grundsätzliche Ko-Existenz (wir sind stets zu Anderen und anderem<sup>10</sup> hin „geöffnet“) (vgl. z.B. Plessner 1975; Merleau-Ponty 1966). In Schmitz' Neuer Phänomenologie steht im Zentrum die Bedeutung des Spürens am eigenen Leib, das zu einem wichtigen Orientierungsmuster wird. So ist der Leib ein Resonanzboden, bspw. für atmosphärische und situative Wirkungen oder für die Anderen (vgl. z.B. Schmitz 1986). Mit Bezugnahme auf Frankl (vgl. 2005/2011) füge ich meiner erkenntnistheoretischen Grundlegung einen anthropologischen Standpunkt hinzu, der die unbedingte Ausrichtung des Menschen auf Sinn postuliert. Eine solche Position erscheint für meine Untersuchung sinnvoll, weil Gesundheit und Sinnorientierung oft zusammenfallen, wie ich in Kapitel III ausführen werde.

Die Theorien zur leiblichen Verfasstheit und zur Sinnorientierung des Menschen sind für das Verständnis untersuchungsrelevanter Begriffe – z.B. der Gesundheit, der (seelischen) Krankheit oder des Selbst – relevant. Entsprechende Sichtweisen verdeutliche ich in Kapitel II ebenfalls.

In Kapitel III – *Theoretische Grundlagen zu seelischer Erkrankung, Gesundheit und Gesundheitsförderung aus ressourcenorientierter Perspektive* – erfolgt eine verbindende Bewegung zwischen den Paradigmen der Therapie und der Gesundheitsförderung. Ich orientiere mich hier an der Leitfrage, auf welche Weise bzw. inwieweit es sinnvoll und zweckdienlich ist, mein Selbstsorge-Konzept angesichts seiner Adressaten im

---

<sup>10</sup> Durch die Großschreibung von der/die „Andere“, die „Anderen“ soll hervorgehoben werden, dass in diesen Fällen nicht ein unbestimmtes Zahlwort gemeint ist, sondern ein Gegenüber. Zudem passe ich mich der Schreibweise der Autoren an, auf die ich mich jeweils beziehe.

Gesundheitsförderparadigma zu verorten. Aus ressourcen- sowie leiborientierter Perspektive untersuche ich sowohl Krankheitslehren als auch Gesundheitstheorien.

Zuerst greife ich die kritische Auseinandersetzung mit dem klassischen medizinischen Modell durch die sozialpsychiatrische Reformbewegung auf, von der Keupp zufolge heute nicht mehr viel übriggeblieben ist (Keupp 2016, 5), und wage eine andere Betrachtung psychischer Krankheiten. Hierbei beziehe ich mich u.a. auf die Analysen der anthropologischen bzw. der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie (vgl. z.B. Waldenfels 1992; Fuchs 2000b) oder auf Frankls Konzept der Pathoplastik (vgl. Frankl 1987). In praxeologischer Hinsicht überprüfe ich exemplarisch einige Therapieformen hinsichtlich ihrer Ressourcenorientierung, etwa die eingangs erwähnten Leib- und Bewegungstherapien.

Häufig wird die Gesundheit nur als die Abwesenheit von Krankheit definiert und stellt in postmodernen Gesellschaften zudem einen unhinterfragten Wert dar. Deshalb ist es nötig, im Zusammenhang mit dem Gesundheitsförderparadigma verschiedene Gesundheitsbegriffe und -theorien bezüglich ihrer Eignung für meine Untersuchung auszuloten. Dies geschieht bspw. aus einem anthropologischen Blickwinkel (vgl. Gadamer 1993), mit Bezug auf Nietzsche (vgl. 1999a) und auf die leiborientierte „Gesundheitskultur“ der Diätetik (vgl. z.B. Schipperges 1990) oder im Hinblick auf das bekannte Modell der Salutogenese (vgl. z.B. Antonovsky 1997).

Was die Frage einer sozialpsychiatriespezifischen Form der Gesundheitsförderung anbelangt, gehe ich, an die Gedanken der Weltgesundheitsorganisation anknüpfend, auf die Ansätze der Prävention und des Empowerments ein. Detailliert erläutere ich zudem den bereits erwähnten Recovery-Ansatz. Positive und negative Effekte des Settings „Sozialpsychiatrie“ diskutiere ich ebenfalls (z.B. die Anknüpfungsmöglichkeiten an das psychiatriereformerische Gedankengut oder die Begrenzungen und „Sinnlücken“ des Settings).

Kapitel IV – *Selbstsorge und Selbst: Bestandsaufnahmen und Überlegungen im Hinblick auf meine Konzeptentwicklung* – ist der adressatengerechten Konzipierung der Selbstsorge gewidmet. Psychische Störungen werden oftmals vor allem als Schädigungen des Selbst und des Personseins aufgefasst (vgl. Heinze 2016, 8). Dies habe ich weiter oben bereits angedeutet. Die theoretischen Erforschungen in Kapitel IV sind demgemäß von der Frage geleitet, in welchem Ausmaß gesundheitszuträgliche Selbstsorge-Fähigkeiten im Falle einer psychischen Krankheit vorhanden sind.



In diesem Kontext untersuche ich zuerst, an welche antiken und aktuellen Bestimmungen der „Selbstsorge“ sich anschließen lässt (vgl. z.B. Foucault 1991; Küchenhoff 1999b). Hinsichtlich des im Zentrum meiner Arbeit stehenden Personenkreises darf die Selbstsorge nicht unkritisch auf die dominierenden kulturellen Leibbilder – bspw. die Selbstoptimierung von Subjektivität (vgl. Steffens/Dieterich 2016, 6) oder das „[...] Ideal des ‚unternehmerischen Selbst‘ [...]“ (Keupp 2016, 5) – bezogen werden. Außerdem bedarf es begrifflicher Ergänzungen zur Selbstsorge. In diesem Zusammenhang ziehe ich u.a. Heideggers (vgl. 1977) philosophische Ausführungen zur „Sorge“ heran. Im Anschluss an eine Begriffsbestimmung der Selbstsorge suche ich in Kapitel IV zudem nach Selbstbegriffen, die für ein Verständnis der Selbstsorge im Falle psychischer Krankheiten geeignet sind. Erforderlich sind hier Konzipierungen, die das Selbst als eine basale, im Leiblichen gründende Struktur verstehen (vgl. z.B. Fuchs 2012), oder Theorien zum Selbst, die eine Gesundheitsorientierung aufweisen (vgl. z.B. Winnicott 2001).

In Kapitel V – *Kasuistische Explorationen: drei Fälle zur Selbstsorge* – gehe ich Fragen nach, die aus Kapitel IV resultieren: Wie bilden sich die Selbstsorge-Fähigkeiten seelisch kranker/behinderter Menschen – z.B. angesichts von Selbstbeeinträchtigungen – überhaupt ab? Und: Wie gut lassen sich Selbstsorge-Handlungen von krankheitsbedingten Handlungen unterscheiden? Anhand dreier ausführlicher Kasuistiken, die auf unterschiedlichen Quellen beruhen, wäge ich daher ressourcenorientierte gegen pathologieorientierte „Lesarten“ ab. Dazu erschließe ich Charakteristika der Selbstsorge und diskutiere pädagogische Implikationen der Fälle im Hinblick auf eine gesundheitsfördernde Unterstützung der Selbstsorge. In einer abschließenden Reflexion arbeite ich Fall-Analogien heraus, u.a. in Bezug auf die Momente, auf die Gesundheits-, die Leib- oder die Selbstbezüge der aufgezeigten Selbstsorge.

Einen Gesamtüberblick über die Ergebnisse meiner theoretischen und empirischen Explorationen stelle ich Kapitel VI dar – *Schlussbetrachtungen: Gesundheitsförderung als Befähigung zur Selbstsorge aus leib- und sinnorientierter Perspektive*. Hierbei resümiere ich die verschiedenen Dimensionen meines Selbstsorge-Konzepts und überprüfe nochmals dessen paradigmatische Zuordnung. Zum Abschluss erörtere ich den nutzbringenden Einsatz des Selbstsorge-Konzepts in sozialpsychiatrischen Praxiskontexten, und zwar sowohl im Sinne eines orientierenden Wissenshintergrunds für Fachpersonen als auch in Bezug auf eine konkrete Anwendbarkeit in leib- und bewegungsorientierten Verfahren.

## II Theoretische Grundlagen der Dissertation: Phänomenologische und anthropologische Perspektiven zur leiblichen Verfasstheit und Sinnorientierung des Menschen

### II 1 Vorbemerkungen zu den gewählten Theorieperspektiven

#### II 1.1 Begründung der theoretischen Grundlagen und Ausblick auf die Inhalte

Zur Grundlegung meiner Arbeit beziehe ich mich auf leibphänomenologische und anthropologische Theorien. Im Zentrum stehen dabei die leibliche Verfasstheit und die Sinnorientierung der menschlichen Existenz. Dies scheint mir im Hinblick auf das von mir zu entwerfende Gesundheitsförderkonzept und seine Adressaten, Menschen mit einer psychischen Krankheit/Behinderung, eine adäquate theoretische Zugangsweise zu sein.

Ich schließe mich mit dieser Entscheidung an die Diskurse verschiedener Disziplinen an – z.B. der Erziehungswissenschaften, der Soziologie, der Sportwissenschaften/Motologie oder auch therapeutischer Richtungen –, die durch eine Bezugnahme auf Leibtheorien ein sog. dualistisches Menschbild zu überwinden suchen.

Die gewählten Theorieperspektiven gründen außerdem auf meiner Kritik an der heute dominierenden theoretischen Orientierung der Psychiatrie bzw. Sozialpsychiatrie. Diese wird von Fuchs (2015b, 15) wie folgt umrissen: „Nach dem gegenwärtig vorherrschenden biologischen Paradigma der Psychiatrie beruhen psychische Störungen auf Fehlfunktionen des Gehirns [...]“. Für die Auffassung des psychischen Krankseins ergibt sich hieraus als Konsequenz, dass das psychopathologische Geschehnis von der sozialen Sphäre abgetrennt wird und in einen Innenraum der Psyche oder, aus neurowissenschaftlicher Sicht, des Gehirns verlegt wird (vgl. ebd.).

In der heutigen (Sozial-)Psychiatrie hat das naturwissenschaftliche Wissen das „geisteswissenschaftlich“ orientierte Wissen größtenteils zurückgedrängt. Theoretische Zugänge zum subjektiven Erleben und zur Leiblichkeit der Klienten/Patienten spielen nur noch eine geringe Rolle.<sup>11</sup> Diesem nicht nur in der (Sozial-)Psychiatrie weit verbreiteten „objektiven“ Wissenschaftsverständnis entspricht die Ansicht eines möglichst reibungslos

---

<sup>11</sup> An die reiche Tradition der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie, auf die ich in Teil III meiner Arbeit eingehe, wird in wissenschaftlicher Hinsicht heutzutage nur selten angeknüpft.

funktionierenden Körpers/Organsystems, über dem unverbunden ein körperloses Ich „schwebt“: die Person mit ihrem Denken, Fühlen und Wollen (vgl. Uzarewicz/Moers 2012, 101 f.). Pointiert formuliert, zeigt sich hier eine zergliedernde Betrachtungsweise des Menschen.

Menschen begreifen sich jedoch nie als „Funktionsbündel“: So schreiben sie ihren Handlungen z.B. Intentionen, Motive, Gründe und Bedeutungen zu und akzentuieren bzw. zentrieren auf diese Weise ihren Weltbezug (vgl. Overbeck 1999, 119). Will man deshalb als sozialpsychiatrisch tätiger Mitarbeiter die Klienten als „ganze“ Personen sehen, hat dies zur Folge, dass das in der Wissenschaft Separierte in der Praxis wieder zusammengefügt werden muss (vgl. auch Huppertz 2012, 6 f.).<sup>12</sup>

Meiner Arbeit möchte ich nun eine Theorieperspektive zugrunde legen, die – mit Bezugnahme auf die Leiblichkeit und die Sinnorientierung – die Subjektivität bzw. die subjektive Erfahrung des Menschen explizit berücksichtigt und ihn als Ganzes in den Blick nimmt. Gerade die (Leib-)Phänomenologie bietet hier eine entsprechende Perspektive, denn sie „verteidigt“ die subjektive Erfahrung gegen reduktionistische Ansprüche (vgl. Fuchs 2015b, 8).

Die phänomenologische Zugangsweise ist nicht nur bezüglich der inhaltlich-philosophischen Fundierung meiner Arbeit zentral, sondern auch bezüglich der methodischen Perspektive (vgl. Kapitel V). Zum besseren Verständnis dieses theoretischen Hintergrunds möchte ich deshalb auf zwei allgemeine Aspekte eingehen, welche die durch die Phänomenologie eingenommene Gegenposition zur oben kritisierten „naturwissenschaftlichen“ Einstellung verdeutlichen.

Als Methode stellt die Phänomenologie den konsequenten Versuch dar, von den wissenschaftlichen Erklärungen der Welt zur Eigenart und Wesensstruktur der „Sachen“, der Erscheinungen und des Erlebens zurückzukehren. Dies meint Husserls viel zitierter phänomenologischer Appell: „Zurück zu den Sachen selbst!“ (Waldenfels 1992, 17). Damit ist eine Aufwertung der Erfahrungen als Forschungsgegenstand verbunden, die sich ausdrücklich gegen eine Reduktion der Erkenntnisgewinnung auf naturwissenschaftliche Kausalerklärungen wendet. Aus phänomenologischer Sicht sind nämlich gerade naturwissenschaftliche Kausalerklärungen mit der Gefahr verbunden, „[...] wesentliche Merkmale des zu Erklärenden ‚wegzuerklären‘, weil sie die ‚Gegenprobe‘ (vom Substrat

---

<sup>12</sup> Auf der Ebene der sozialpsychiatrischen *Praxis* wird durchaus versucht, der biologischen Psychiatrie z.B. eine „Beziehungspsychiatrie“ entgegenzusetzen.

zurück zum Phänomen) nicht bestehen, und damit ihre unbestreitbare Gegebenheit in der Erfahrung zur Illusion degradieren“ (Fuchs 2000a, 26).

Die Phänomenologie lässt sich somit als die systematische Wissenschaft der subjektiven Erfahrung und ihrer grundlegenden Strukturen verstehen (Fuchs 2015b, 8). Zu diesen Erfahrungsstrukturen zählt etwa das Motiv der Intentionalität. „Intentionalität“ besagt, dass „[...] jedes Erleben sich auf *etwas* bezieht, indem es dieses in einem bestimmten *Sinne* meint“ (Waldenfels 2000, 367; Hervorhebungen im Original).<sup>13</sup> Auch die Leiblichkeit, im Sinne des Hintergrunds unseres Weltbezugs und des Bodens jeder Bedeutung, oder aber die Intersubjektivität, die uns den Anderen als Horizont und nicht als Gegenstand wahrnehmen lässt, gehören zu den durch die Phänomenologie erforschten – und hierdurch aufgewerteten – subjektiven Erfahrungsstrukturen.

Wie durch eine leib- und sinnorientierte Theorieperspektive die kritisierte teilheitliche und funktionalistische Betrachtungsweise des Menschen überwunden werden kann, setze ich in Kapitel II auseinander. Dabei sieht der Gang der Arbeit wie folgt aus:

An Kapitel II 1.1 anschließend, erfolgt im Rahmen meiner einleitenden Überlegungen eine erste allgemeine Orientierung zu der in der Leibphänomenologie eingeführten Differenzierung in einen Leib- und einen Körperbegriff und den damit verbundenen Implikationen (vgl. II 1.2).

Danach stelle ich drei theoretische Perspektiven zur leiblichen Verfasstheit des Menschen vor, und zwar unter Bezugnahme auf die philosophische Anthropologie Helmuth Plessners, die Leibphänomenologie Maurice Merleau-Pontys und die Neue Phänomenologie Hermann Schmitz'. Ihnen ist eine Ablehnung des oben erwähnten Dualismus im Sinne Descartes' gemeinsam, der ein dualistisches Lebensgefühl bezeichnet und somit auch das „[...] Selbstbild des autonomen homo sapiens, [...] die körperfreie Autonomie seines denkenden Ichs einerseits, die wissenschaftlich feststellbare Welt der Körper andererseits [...]“ (Fischer 2000, 267).

Helmuth Plessner, auf dessen Überlegungen ich als Erstes eingehe (vgl. II 2), gilt als einer der Mitbegründer und wichtigsten Vertreter der deutschen philosophischen Anthropologie (Haucke 2000, 10).<sup>14</sup> Von der Biologie herkommend, aber u.a. auch auf die Phänomenologie Bezug nehmend, begreift er den Menschen nicht nur geistbegabt, sondern zugleich

---

<sup>13</sup> Ein „intentionaler Akt“, z.B. eine Wahrnehmung, eine praktische Entscheidung oder Gefühle wie Liebe, Hass, Freude, Trauer, ist also von sich aus immer auf etwas bezogen (Waldenfels 1992, 16).

<sup>14</sup> Neben Plessner zählen bekanntermaßen Max Scheler und Arnold Gehlen zu den Hauptvertretern dieser Richtung.

organisch, d.h. vom lebendigen Körper her. Die spezifisch menschliche Seinsweise ist im Pflanzen-Tier-Vergleich dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sowohl ein leiblich in sich als auch ein denkend außer sich stehendes Wesen ist (vgl. Delitz 2008, 4721 f.). Im Zusammenhang mit meiner Untersuchung ist Plessners Anthropologie auch deshalb von Interesse, da sie Einsichten in jene Spannungsverhältnisse und Zweideutigkeiten gewährt, die das menschliche Sein seines Erachtens in vielfältiger Weise kennzeichnen.

Als Nächstes beziehe ich mich in meinen Ausführungen auf die Leibphilosophie Maurice Merleau-Pontys (vgl. II 3). Merleau-Ponty gilt als einer der wichtigsten Vertreter der leibphänomenologischen Richtung. Durch ihn wird der bewusstseinsphilosophische Ansatz Husserls gleichsam leibphilosophisch gewendet: Indem das Bewusstsein in eine leibliche Existenz verwandelt wird, die dem zugehört, was sie konstituiert, erfährt die Phänomenologie einen Umbruch (vgl. Westphal 2014, o.S.). Die Wahrnehmung stellt für Merleau-Ponty ein Grundphänomen dar.<sup>15</sup> Dabei fußt die Wahrnehmungstheorie auf einer Theorie des Leibes, denn nur der Leib in seiner Wahrnehmungsfunktion ermöglicht dem Menschen einen Zugang zur Welt und zu sich selbst. Durch die Perspektive des Leibes entwickelt Merleau-Ponty eine Art der „Zwischenposition“, um eine dualistische Herangehensweise an menschliche Phänomene zu vermeiden.

Mein dritter Zugang zur Leiblichkeit des Menschen bezieht sich auf die Leibphilosophie von Hermann Schmitz (vgl. II 4). Diese kann im Wesentlichen auf die Formel gebracht werden, dass wir als Menschen spürend leben und dass unser Spürsinn (also das nicht-objektbezogene Spüren) ein zentraler Sinn der menschlichen Wahrnehmung ist (vgl. Gugutzer 2002, 89). In Merleau-Pontys Schriften wird dieser wichtige Aspekt der eigenleiblichen Erfahrung bzw. des Spürens – wie Gugutzer (ebd., 88) zu Recht anmerkt – wenig thematisiert.<sup>16</sup> Seit den 1960er-Jahren arbeitet Schmitz im Kontext der von ihm begründeten „Neuen Phänomenologie“ systematisch auf, was der Mensch am eigenen Leib spürt: z.B. den eigenen Leib, sein leibliches Befinden, Gefühle, Atmosphären oder auch Situationen. Hierdurch will Schmitz – in Abgrenzung zur traditionellen, z.B. metaphysisch orientierten Phänomenologie – „[...] den Menschen ihr wirkliches Leben begreiflich machen [...]“ und „[...] sich an die unwillkürliche Lebenserfahrung näher herantasten [...]“ (Schmitz 2009, o.S.).

---

<sup>15</sup> Mit Waldenfels (1995, 160) kann diesbezüglich von einem „Primat der Wahrnehmung“ gesprochen werden.

<sup>16</sup> Dass Merleau-Ponty sich vorwiegend mit der „äußeren“ Wahrnehmung befasst, ist laut Gugutzer u.U. dadurch bedingt, dass Merleau-Ponty die Wahrnehmung in Anlehnung an den Intentionalitätsbegriff Husserls als ein sinnhaftes Geschehen versteht, bei dem ein Subjekt „etwas“ wahrnimmt (vgl. Gugutzer 2002, 88 f.).

Die drei Kapitel zur leiblichen Situiertheit des Menschen ergänze ich dann um eine wesentliche anthropologische Perspektive: die von Viktor Frankl postulierte Ausrichtung des Menschen auf Sinn (vgl. II 5). Frankl ist von der Überzeugung geleitet, dass der Sinn die Richtschnur des menschlichen Handelns darstellt. Der Mensch gilt prinzipiell als Sinnsuchender und als Sinngeliteter. Durch seinen Ansatz entwickelt Frankl in der Auseinandersetzung mit dem Pessimismus der existenzialistischen Philosophie quasi eine „lichere“ Alternative in Bezug auf das Sein und auf die menschliche Existenz (vgl. Ochsmann 2008, 54). Frankls Analysen bewegen sich in einem Grenzgebiet zwischen Philosophie und Psychotherapie. Sie orientieren sich nicht an der Phänomenologie, sind aber, wie ich deutlich machen werde, mit einer leiborientierten Betrachtungsweise des Menschen durchaus vereinbar.

Im Anschluss an die Darstellung einer jeweiligen Theorieperspektive fasse ich die wesentlichen Inhalte zusammen. Zudem überlege ich jeweils, welche Bedeutung ihr für meine Untersuchung zukommt. Ich beabsichtige hierdurch, erste Orientierungen in Bezug auf die Formulierung meines Gesundheitsförderkonzepts zu geben. Vorwiegend geht es mir darum herauszustellen, welche Implikationen und welchen Nutzen die leib- und sinnorientierten Blickwinkel für das Verständnis konzeptrelevanter Begriffe wie Gesundheit, (seelische) Krankheit oder Selbst haben. Desgleichen erfolgen auf einer noch allgemeinen Ebene Erwägungen hinsichtlich der Auffassung von Gesundheitsförderung und Selbstsorge.<sup>17</sup>

In einem abschließenden Kapitel (vgl. II 6) ziehe ich ein Fazit und resümiere die wichtigsten Erkenntnisse im Hinblick auf meine weitere Untersuchung.

## II 1.2 Erste Annäherungen an die leibphänomenologische Perspektive und an den Leib-/Körper-Begriff

Fuchs zufolge (2000a, 25 f.) ist es der phänomenologischen Forschung des vorigen Jahrhunderts zu verdanken, die Leiblichkeit des Menschen wiederentdeckt zu haben, die für die Wissenschaft des 19. Jahrhunderts im cartesianischen Graben zwischen Körper und Bewusstsein untergegangen war. Descartes steht seines Erachtens exemplarisch für die Entwicklung des gemeinten dualistischen Verständnisses, welches das leibliche und seelische Erleben von der Welt abtrennt und es in eine rein subjektive Innenwelt verlegt (ebd., 29). Der erlebte, gespürte und sich bewegende Leib wird von Descartes erstmals

---

<sup>17</sup> Die hier aufgeführten, für mein Konzept bedeutsamen Begriffe diskutiere und definiere ich in den späteren Kapiteln eingehend.

konsequent zum Schein erklärt, indem er ihn einerseits auf die unräumliche, gewissermaßen außerweltliche Innerlichkeit des Bewusstseins und andererseits auf die rein physikalisch beschreibbare Räumlichkeit des Körpers verteilt (ebd.). Die dualistische Position, die sich durch die entgegengesetzten Konzepte der „res extensa“ (ausgedehntes Ding, Körper, Äußerlichkeit) und der „res cogitans“ (unausgedehntes Ding, Innerlichkeit, d.h. Geist bzw. Seele) ausdrückt, prägt seit der Neuzeit nicht nur das Denken über den Leib, sondern auch das praktische Handeln, u.a. in der Medizin.<sup>18</sup>

Die aufspaltende Betrachtungsweise des Menschen in ein denkendes Wesen und in ein Wesen, das einen Körper hat, versuchen leibphänomenologische Ansätze nun zu überwinden.<sup>19</sup> Im Zusammenhang damit spielt auch die Unterscheidung der Begriffe des Leibes und des Körpers eine Rolle. Hierauf und auf die damit verbundenen Implikationen gehe ich in den folgenden Abschnitten ein.

Während in vielen Sprachen nur ein Wort für menschliche bzw. für organische und natürliche Körper existiert – in den romanischen Sprachen sind dies z.B. *corps*, *corpo* oder *cuerpo* –, kennt die deutsche Sprache die beiden Ausdrücke „Leib“ und „Körper“ (Waldenfels 2000, 14 f.). Der Leib-Begriff hat in der deutschen Philosophie eine beachtliche Tradition, in der Phänomenologie und darüber hinaus. Zum ausdrücklichen Thema wird der Leib z.B. bei Schopenhauer und Nietzsche, bei Husserl, Scheler und Plessner (ebd., 15).<sup>20</sup>

Vor allem in der Phänomenologie wird nun unterschieden „[...] zwischen dem ‚fungierendem Leib‘, der *unser* Leib ist, den wir erleben, den wir spüren, mit dem wir uns bewegen, und dem Körper, der auch ein bloßer Flugkörper sein kann und entsprechend als ‚Körperding‘ bezeichnet wird“ (ebd.; Hervorhebungen im Original).<sup>21</sup> Der fungierende Leib, der im Hantieren, im Sehen, im Hören etc. tätig ist, wird auch als „aktueller Leib“ bezeichnet (ebd., 188). Vom Letzteren wird der sog. habituelle Leib unterschieden, der bestimmte

---

<sup>18</sup> Ich merke hier an, dass die naturwissenschaftliche Körper-Perspektive in der Medizin selbstverständlich auch nutzbringend und sinnvoll ist.

<sup>19</sup> Eine Phänomenologie der leiblichen Existenz entwickelt sich vorwiegend in Frankreich und gibt dort ab Mitte der 1930er-Jahre den Ton an. Der „Leitfaden des Leibes“ bildet ein zentrales Motiv bei Denkern wie Gabriel Marcel, Jean-Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty, Emmanuel Levinas oder Paul Ricoeur (vgl. Waldenfels 1995, 21).

<sup>20</sup> Allerdings ist das Wort „Leib“ keine Erfindung der Philosophen, sondern es taucht bereits in der Alltagssprache auf und steckt voller Konnotationen. So ist der Leib-Begriff bspw. mit religiösen Vorstellungen und Deutungen oder auch mit metaphysischen Annahmen durchsetzt (vgl. Waldenfels 2000, 14).

<sup>21</sup> Diese Art der Leib-Körper-Differenzierung ist z.B. in der Leibphänomenologie Merleau-Pontys und Waldenfels' bedeutsam. Plessner betont dagegen eher die Unterscheidung zwischen Haben (Körper-Haben) und Sein (Leib-Sein).

Dispositionen enthält, die je nach Situation aktiviert werden können. Beide Momente spielen jedoch ineinander (ebd.).<sup>22</sup>

Geht man zudem der Frage nach, was den Leib als „besonderes Ding“ von anderen Dingen unterscheidet und ihn als „meinen“ Leib auszeichnet, so können verschiedene unter dem Begriff einer besonderen „Ichnähe“ fassbare Eigenschaften genannt werden (vgl. Waldenfels 1986, 153). Merleau-Ponty (vgl. 1966, 115 ff.) nennt in diesem Kontext bspw. die „Ständigkeit des Eigenleibes“ und die im leiblichen Erleben gegebenen „Doppelempfindungen“. „Ständigkeit“ bedeutet, dass der Leib „[...] stets bei mir und ständig für mich da ist [...], daß ich niemals ihn eigentlich vor mir habe, daß er sich nicht vor meinem Blick entfalten kann, vielmehr immer am Rand meiner Wahrnehmung bleibt und dergestalt *mit* mir ist“ (ebd., 115; Hervorhebung im Original). Aus diesem Grund kann der Leib auch nie – gleich einem Gegenstand – völlig reflektiert oder definiert werden (ebd., 117). Mit „Doppelempfindungen“ ist gemeint, dass ich aufgrund meines Leibs zugleich sowohl Berührter als auch Berührender bin: „Berühre ich meine rechte Hand mit der linken, so hat der Gegenstand rechte Hand die Eigentümlichkeit, auch seinerseits die Berührung zu empfinden“ (ebd., 118). Indem die tastende Hand zugleich die getastete ist und umgekehrt, kommt es einerseits zu einer Art der Reflexion in der Leiblichkeit: Der Leib ist von sich aus auf sich selbst zurückbezogen, sodass bis in die sinnliche Wahrnehmung hinein ein Selbstbezug besteht (Waldenfels 2000, 36).<sup>23</sup> In den Doppelempfindungen zeigt sich andererseits – gewissermaßen paradigmatisch – die Ambiguität des Leibes, seine eigentümliche Zwischenstellung. Denn was ist Subjekt, was Objekt, wenn der berührende zugleich der berührte Leib ist (Fuchs 2000a, 71)? Gemäß Merleau-Ponty (1966, 234) „[...] enthüllt uns die Erfahrung des eigenen Leibes eine Weise des Existierens, die zweideutig ist.“ Zweideutig bzw. *ambigue* ist der Leib insofern, als er „[...] weder Geist noch Natur, weder Seele noch Körper, weder Innen noch Außen ist“ (Waldenfels 2000, 42).

Als letzten Punkt möchte ich im Zusammenhang mit der Unterscheidung von Leib und Körper Folgendes anmerken: Trotz der o.g. Ausführungen kann der Leib-Begriff dahingehend missverstanden werden, dass er substanzhafte Konnotationen im Sinne eines

---

<sup>22</sup> Merleau-Ponty (vgl. 1966, 107) veranschaulicht den aktuellen und habituellen Leib u.a. im Kontext seiner Ausführungen zum Phantomglied – Letzteres zeichnet sich dadurch aus, dass der Amputierte seine Verstümmelung ignoriert –: Während der habituelle Leib sich gewohnheitsmäßig immer noch auf die zu handhabenden Gegenstände der Welt richtet, ist dies dem aktuellen Leib aufgrund der Amputation nicht mehr möglich.

<sup>23</sup> Zwar ist der Leib im Sich-Empfinden, aber auch im Sich-Hören oder im Sich-Bewegen auf sich selbst bezogen. Der Selbstbezug hat jedoch immer auch ein Moment des Selbstentzugs, z.B. wenn ich mich im Spiegel überrasche und als einen Anderen entdecke (Waldenfels 2000, 44).



räumlich ausgedehnten Objekts oder Körpers weckt (vgl. Seewald 2004, 29). Der Leib meint jedoch eine Erlebnisform. Meiner Ansicht nach wird dieser Bedeutungsgehalt am klarsten durch den Begriff der „Leiblichkeit“ ausgedrückt.

## II 2 Die exzentrische Positionalität des Menschen: Aspekte der philosophischen Anthropologie Helmuth Plessners

Im Zusammenhang mit Plessner erfolgt zuerst eine kurze Einführung in seine philosophische Anthropologie, um seine Positionen besser einordnen zu können (vgl. II 2.1). Darauf erörtere ich zwei zentrale Kategorien seines Denkens, die für das Verständnis der menschlichen Exzentrizität unerlässlich sind: die Konzepte der Doppelaspektivität und der Grenze (vgl. II 2.2). Wie ich aufzeigen werde, stellt das Prinzip der „Doppelaspektivität“ Plessners Versuch dar, den cartesianischen Dualismus zu überwinden. In einem nächsten Abschnitt geht es um die Konkretisierung des von Plessner entwickelten Begriffs der Positionalität, wobei insbesondere die vorher erwähnte „exzentrische Positionalität“, die das menschliche Sein bestimmt, in den Blick genommen wird (vgl. II 2.3). Nachkommend gehe ich im Zusammenhang mit dem Letzteren nochmals im Detail auf das spezielle Verhältnis von Leib-Sein und Körper-Haben beim Menschen ein, das ich u.a. auch an den expressiven Phänomenen des Lachens und Weinens veranschauliche. Jenes spannungsreiche „[...] Zugleich von Leibsein und Einen-Körper-Haben [...]“, das aus der inneren Verschränkung von Leib und Körper resultiert (Marcel 1986, 18), bildet nicht nur bei Plessner einen wichtigen Ausgangspunkt, sondern auch generell bei leibphilosophischen Überlegungen (vgl. II 2.4). Was Plessners Theorien für meine Untersuchung bedeuten, erörtere ich nach einem Resümee (vgl. II 2.5).

### II 2.1 Einleitende Bemerkungen zu Plessners philosophischer Anthropologie

Um den Zugang zu Plessners Konzepten zu erleichtern, stelle ich hier einige Gedanken vor, die eine Einordnung seiner Standpunkte vor dem Hintergrund der philosophischen Anthropologie ermöglichen.

Die philosophische Anthropologie ist durch verschiedene Wissenschaftsrichtungen beeinflusst worden: Neben der Phänomenologie (insbesondere derjenigen Husserls) und der Hermeneutik sind dies u.a. die Lebensphilosophie, aber auch die Biologie und die Verhaltensforschung. Ähnlichkeiten zwischen der philosophischen Anthropologie und der Phänomenologie zeigen sich – inhaltlich betrachtet – bspw. dahingehend, dass die leibkörperliche Grundverfasstheit des Menschen und die sich daraus ergebenden

Implikationen für die menschliche Intersubjektivität in beiden Ansätzen verwandte Züge aufweisen (vgl. Breyer 2012, o.S.). In methodischer Hinsicht wird in beiden Ansätzen zunächst von der Erste-Person-Perspektive und von einer Reflexion auf allgemeine Strukturen der Erfahrung ausgegangen (vgl. ebd.). Historisch betrachtet, schafft die philosophische Anthropologie in einer Situation idealistischer und naturalistischer Blicke auf den Menschen ab den 1920er-Jahren gewissermaßen einen Neuansatz. Programm ist es, den Menschen „aus *einer* Grundposition“ (Plessner 1975, 32; Hervorhebung im Original) heraus zu verstehen. Dabei gilt der Mensch als ein Wesen, das biologischen Gesetzen unterworfen und zugleich sprach- und vernunftbegabt ist (vgl. Delitz 2008, 4721).

Ganz grundsätzlich geht es Plessner um die Frage, was den Menschen zum Menschen macht.<sup>24</sup> Seiner Ansicht nach bestätigen weder allgemeine inhaltliche noch formale Merkmale die Einheit der menschlichen Gattung, vielmehr weist gerade das gemeinsame Menschliche – d.h. die Offenheit und Unergründlichkeit – auf die irreduzible Vielfalt menschlicher Lebensformen hin (vgl. Haucke 2000, 13 f.). Die menschliche Offenheit ist dabei nie total; sie ist stets die einer Situation, in welcher der Mensch im Hier und Jetzt steht, gebunden an seinen Leib (ebd., 14).

Für Plessner ist eine „[...] Theorie der Geisteswissenschaften, welche die Wirklichkeit des menschlichen Lebens in ihrer Spiegelung durch den Menschen begreiflich zu machen sucht, [...] nur als philosophische Anthropologie möglich“ (Plessner 1975, 28).<sup>25</sup> Seines Erachtens hat eine Grundlegung sowohl der philosophischen Anthropologie als auch der allgemeinen Hermeneutik durch eine Philosophie des lebendigen Daseins zu erfolgen: Die spezifisch menschliche Lebendigkeit muss somit in ihrem Zusammenhang mit den anderen Weisen des Lebens herausgearbeitet werden (vgl. Haucke 2000, 15 f.).

Hinsichtlich der Aktualität von Plessners anthropologischer Konzeption möchte ich, an die Argumentationen Kubitzas anschließend, schließlich das Folgende anmerken: Obschon Plessners anthropologisches Forschungsinteresse den Grundstrukturen des Menschseins gilt und anthropologische Konzeptionen heute mehrheitlich als historisch-kritische und nicht mehr als universalistisch-normative Wissenschaft vom Menschen betrieben werden, spricht

---

<sup>24</sup> Plessner formuliert als Ziel aller Philosophie die Neufassung der Idee der menschlichen Würde (vgl. Haucke 2000, 16).

<sup>25</sup> Gemäß Fischer (vgl. im Folgenden: 2000, 266 ff.) steht die philosophische Anthropologie für eine mit der Idealität des Ichs brechenden Bewegung. In dieser Hinsicht ist sie mit anderen im 19. Jahrhundert einsetzenden Denkrichtungen verbunden, z.B. der existentiellen Psychologie, dem trieb- und tiefenpsychologischen Ansatz Freuds, der sozialökonomischen Wissenschaft im Sinne Marx', den historischen Kulturwissenschaften oder den Naturwissenschaften in Form der avancierten Biologie. Sie alle drücken eine Kritik in Bezug auf die Selbstbestimmung und Selbstmächtigkeit des denkenden Ichs aus, so wie es in der idealistischen Philosophie der Subjektivität ausformuliert worden ist.

sich in seiner Rede vom „Wesen des Menschen“ dennoch kein „geschichtsferner Essentialismus“ aus (Kubitza 2005, 21 und 23). Überdies nimmt er durch die philosophische Idee einer Zwischenstellung des Menschen keine einseitigen Reduktionen vor, sondern zeigt die subtilen Verflechtungen und Verbindungen, die Ambivalenzen und die internen Spannungen der menschlichen Existenz (ebd., 25).

## II 2.2 Einführung zentraler Konzepte: Doppelaspektivität und Grenze

Plessners Ausgangspunkt ist, wie bereits erwähnt, eine Kritik am Dualismus Descartes'. An der Descartschen Unterscheidung in „res extensa“ und „res cogitans“ lehnt Plessner (1975, 39) das Prinzipielle ab, d.h. „[...] den Charakter einer vollständigen Disjunktion [...]“. Es geht ihm diesbezüglich um eine „Entfundamentalisierung“ (Haucke 2000, 28). „Nicht auf die Überwindung [...]“, nur „[...] auf die Entkräftung dieses Doppelaspekts als eines die wissenschaftliche Arbeit in Naturwissenschaft, d.h. Messung, und Bewusstseinswissenschaft, d.h. Selbstanalyse, *zerreißenden Prinzips* kommt alles an“ (Plessner 1975, 70; Hervorhebung im Original).

Demgemäß richtet sich sein Bemühen darauf, den „[...] Doppelaspekt von Körperlichkeit und Innerlichkeit [...]“ (ebd.) wiederherzustellen. Was Plessner hier meint, ist die Einheit von Innen und Außen bzw. von Körper und Geist (oder Ich/Selbst, wie er es auch nennt). Das im unmittelbaren leiblichen Empfinden und Verhalten als selbstverständlich erlebte „Zusammentreffen“ von Körper und Geist – es zeigt sich bspw. im Lachen, Weinen, in der Wut oder in der Freude – will er auf diese Weise abbilden, und zwar nicht bloß als eine Wechselwirkung der beiden Aspekte (vgl. Gugutzer 2002, 62).

Plessner beginnt seine „Aufklärungsarbeit“ mit dem „Wahrnehmungsding“ am fernen Objektpol und nicht am Subjektpol mit dem Leib (Fischer 2000, 271). Jene von ihm als „Doppelaspektivität“ bezeichnete Innen-Außen-Relation analysiert er also zuerst in Bezug auf das körperliche Wahrnehmungsding. Hierbei unterscheidet er zwischen räumlichen Aspekten des Innen-Außen-Verhältnisses – dies entspricht der naturwissenschaftlichen Bestimmung eines physischen, räumlich ausgedehnten Dings – und prinzipiell divergenten Innen-Außen-Verhältnissen (vgl. Kubitza 2005, 113). Im Gegensatz zur räumlich-naturwissenschaftlichen Perspektive besagt diese zweite Sichtweise laut Plessner Folgendes: „Jedes in seinem vollen Dingcharakter wahrgenommene Ding erscheint seiner räumlichen Begrenzung entsprechend als kernhaft geordnete Einheit von Eigenschaften“, wobei die typisch dingliche Einheit konstituiert ist als „[...] Zwiespalt eines nie erscheinenden, d.h. nie Außen werdenden Innen und eines nie Kerngehalt werdenden Außen [...]“ (Plessner 1975,

88). Diese nicht ganz leicht verständliche Aussage meint, dass ein Ding dem Wahrnehmenden nur deswegen gegenständlich erscheint, „[...] weil der eine ‚Aspekt‘ – der Kranz der ‚außen‘ real erscheinenden Eigenschaften, angefangen mit seinen Positionseigenschaften in Raum und Zeit – nur in Bezug auf einen anderen ‚Aspekt‘ – den real nicht erfahrbaren Substanzkern – erscheint, der in der Erfahrung als nie erscheinender Einheitspol [...] vorausgesetzt ist. Das gegenseitige Fordern der beiden divergierenden Aspekte ist als ‚Doppelaspekt‘ Bedingung der Dinghaftigkeit des gewöhnlichen Wahrnehmungsdinges“ (Fischer 2000, 272).

Zur weiteren Überwindung des Dualismus gilt es Plessner zufolge, solche Phänomene oder Gegenstände in der Erfahrung ausfindig zu machen, „[...] die nicht nur kraft des Doppelaspekts, sondern *im* Doppelaspekt erscheinen [...]“ (Plessner 1975, 89). Die entsprechende Forderung verweist seiner Ansicht nach auf die Doppelaspektivität belebter Wahrnehmungsdinge bzw. lebendiger Körper. Denn körperliche „[...] Dinge der Anschauung, an welchen eine prinzipiell divergente Außen-Innenbeziehung als zu ihrem Sein gehörig gegenständlich auftritt, heißen *lebendig*“ (ebd.; Hervorhebung im Original). Lebewesen stehen *im* Doppelaspekt, da sich die divergente Außen-Innenbeziehung am Gegenstand selbst darbietet: D.h., der lebendige Körper erscheint als Einheit von Außen und Innen (vgl. Kubitza 2005, 114).<sup>26</sup> Obschon am Beispiel der Lebewesen insgesamt erläutert, gilt die Innen-Außen-Doppelaspektivität Plessner zufolge (vgl. 1975, 70) eigentlich nur für den Menschen und dessen spezifisches Selbstverhältnis.<sup>27</sup>

Indem Plessner die absolute Unterscheidung zwischen Innen und Außen als „Doppelaspekt“ bezeichnet, führt er zugleich eine „alternative“ Terminologie ein, dank der er falsche (z.B. cartesianische) Konnotationen seines Erachtens vermeiden kann. Nach 1928 weicht die Bezeichnung der „Doppelaspektivität“ laut Kubitza (2005, 115) jedoch dem Begriff der „Verschränkung“, wodurch das wechselseitige Ineinander der beiden divergierenden Sphären und die aus ihrem permanenten Spannungsverhältnis resultierende Zweideutigkeit noch stärker akzentuiert werden.

Um das Innen-Außen-Verhältnis bzw. die belebten „organischen“ von den unbelebten „anorganischen“ Körpern noch genauer zu unterscheiden, führt Plessner (vgl. 1975, 100 ff.)

---

<sup>26</sup> Für das Verständnis von Plessners These ist es hier entscheidend, dass das Lebendige sich gleich wie die einfachen Wahrnehmungsdinge als Körperding darstellt (vgl. Jessel 2007, 112). „Als Körperding steht das Lebewesen *im* Doppelaspekt ineinander nicht überführbarer Richtungsgegensätze nach Innen (substantialer Kern) und nach Außen (Mantel der eigenschaftstragenden Seiten)“ (Plessner 1975, 128; Hervorhebung im Original).

<sup>27</sup> Plessner (1975, 70) spricht in diesem Kontext von den Menschen „[...] als einer Gattung, zu deren Wesen es gehört, im Doppelaspekt zu existieren.“

zusätzlich den Begriff der „Grenze“ ein. Mit dem Theorem der Grenze will er auch veranschaulichen, weswegen der Körper als Ort des wechselseitigen Übergangs zwischen Selbst und Anderen/anderem fungiert (Kubitza 2005, 127).

Anorganische Dinge, z.B. ein Stein, haben laut Plessner lediglich einen „Rand“, an dem das Ding aufhört. Daher liegt die Grenze zwischen Körper und Welt. Anfang und Ende des Dings sind also eindeutig vom Außen getrennt (vgl. Gugutzer 2002, 62). Hingegen ist die Grenze beim lebendigen Wesen ein Teil des Körpers. Sie gehört konstitutiv zu ihm und ist als Eigenschaft auch eine realisierte Beziehung zwischen dem Innen und dem Außen (vgl. Fischer 2000, 272).<sup>28</sup>

Ein mögliches Verhältnis des lebendigen Körpers zu seiner Grenze lässt sich am Beispiel der Membranbildung veranschaulichen. Als höhere Stufe der Begrenzung kennzeichnet die Membranbildung das einzelne Lebewesen und wirkt zugleich „[...] doppelsinnig: einschließend-abschirmend gegen die Umgebung und aufschließend-vermittelnd zu ihr“ (Plessner 1975, 357). Zwei Momente bestimmen hier demnach das Wesen der Grenze: eine aufschließend-transzendierende Funktion und eine gegen das umgebende Milieu abschließende, die die Stabilität des Körpers garantiert (ebd., 133; vgl. auch Kubitza 2005, 129).

Auf die dritte wichtige Begriffsentscheidung Plessners, die grenzrealisierenden Dinge als „positional“ zu charakterisieren (vgl. auch Fischer 2000, 273 f.), gehe ich im folgenden Kapitel ein.

## II 2.3 Die Exzentrische Positionalität als besondere Seinsweise des Menschen

Anhand der „Positionalität“ wird die Seinsweise des Lebendigen nun noch exakter bestimmt. Plessner begreift den Begriff als eine Form der wechselseitigen Beziehung zwischen den lebenden Organismen und der Umwelt (vgl. Gugutzer 2002, 64). „Ein Lebewesen scheint gegen seine Umwelt gestellt. Von ihm aus geht die Beziehung auf das Feld, in dem es ist, und im Gegensinne die Beziehung zu ihm zurück“ (Plessner 1975, 131). Kurz gesagt, gelten

---

<sup>28</sup> Zur Unterscheidung der am Körper aufgewiesenen, aufgrund des Doppelaspekts nicht fundamental voneinander getrennten, jedoch prinzipiell divergenten Bereiche von Innen und Außen postuliert Plessner also eine „[...] Zone, die beide Bereiche vermittelt, sich aber selbst gegenüber diesem Richtungsgegensatz neutral verhält“ (Kubitza 2005, 128). „In dieser neutralen Zone [...]“, so Plessner, „stoßen [...] beide Richtungen gegeneinander, von ihr gehen beide aus. Durch sie hindurch kommt man von dem einem Gebiet in das andere“ (Plessner 1975, 100).

solche Dinge als positional, die in und gegen ein Umgebungsfeld gesetzt, also in eine Lage gestellt sind, zu der sie präreflexiv Stellung beziehen müssen (Fischer 2000, 274).<sup>29</sup>

Die Umweltbeziehungen der organischen Wesen „Pflanze“, „Tier“ und „Mensch“ werden wie folgt charakterisiert: Bei der Pflanze gilt die Positionalität als „offen“ (vgl. Plessner 1975, 218 ff.), beim Tier ist sie „zentrisch“ (vgl. ebd., 237 ff.) und beim Menschen schließlich „exzentrisch“ (vgl. ebd., 288 ff.). Bezüglich der drei Positionalitäten geht Plessner von einem Stufenaufbau aus. Gemeint ist ein „[...] Gesetz, wonach das Moment der niederen Stufe, als Prinzip gefasst, die nächsthöhere Stufe ergibt und zugleich als Moment in ihr auftritt („erhalten“ bleibt) [...]“ (ebd., 290). Der Mensch, der laut Plessner im Vergleich zum Tier auf einer höheren Entwicklungsstufe steht, ist als Wesen demnach sowohl zentrisch als auch exzentrisch positioniert. „Ist das Leben des Tieres zentrisch, so ist das Leben des Menschen, ohne die Zentrierung durchbrechen zu können, zugleich aus ihr heraus, exzentrisch“ (ebd., 291 f.).

Was ist unter der zentrischen und der exzentrischen Positionalität zu verstehen?<sup>30</sup>

Der tierischen Organisation ist „[...] das selber Sein verborgen [...]“ (ebd., 288). Denn das „[...] Tier lebt aus seiner Mitte heraus, in seine Mittel hinein, aber es lebt nicht als Mitte. Es erlebt Inhalte im Umfeld, Fremdes und Eigenes, es vermag auch über den eigenen Leib Herrschaft zu gewinnen, es bildet ein auf es selber rückbezügliches System, ein Sich, aber es erlebt nicht – sich“ (ebd.). Im Unterschied zum Tier kann der Mensch sich selbst erleben. Er vermag sein Hier-Jetzt-Sein zu überschreiten und insofern zu sich selbst in Distanz zu treten. Dies ermöglicht es ihm, sich der Zentralität seiner eigenen Existenz bewusst zu werden und deshalb ein reflexives Verhältnis zu sich selbst einzunehmen (Gugutzer 2002, 65). Zwar erlebt „[...] der Mensch als das lebendige Ding, das in die Mitte seiner Existenz gestellt ist, [...] die Bindung im absoluten Hier-Jetzt, die Totalkonvergenz des Umfeldes und des eigenen Leibes gegen das Zentrum seiner Position [...], aber gerade deshalb ist er nicht mehr von ihr gebunden“ (Plessner 1975, 291).

---

<sup>29</sup> Indem Plessner sich für die Bezeichnung der „Gesetzt- oder Gestelltheit“ entscheidet, wendet er – in einer Anspielung auf Fichte – einen der Schlüsselbegriffe des deutschen Idealismus um: das „Setzen“ (vgl. hier und im Folgenden: Fischer 2000, 273 f.). Der Akt des Setzens/Positionierens meint im idealistischen Sinn eine konstitutive Leistung des denktätigen Subjekts (etwas als etwas setzen, als gültig behaupten und darin sich selbst setzen). Dagegen wird durch die naturphilosophische Umkehrung, die „Positionalität“, eine zunächst passivisch getönte Struktur und eine Art eigendynamisches „Es“ eingeführt, das sich grenzrealisierend in Bezug auf anderes verhält.

<sup>30</sup> Auf die Positionalität der Pflanze gehe ich im Rahmen meiner Arbeit nicht weiter ein. Plessner bezeichnet mit der offenen Organisationsform der Pflanze kurz gefasst das Folgende: „Offen ist diejenige Form, welche den Organismus in allen seinen Lebensäußerungen unmittelbar seiner Umgebung eingliedert und ihn zum unselbständigen Abschnitt des ihm entsprechenden Lebenskreises macht“ (Plessner 1975, 219).

Diese Fähigkeit zur Verobjektivierung bzw. zur Reflexivität ermöglicht es dem Menschen, ein Ich oder Selbst zu entwickeln (Gugutzer 2002, 65). Das Wesen „Mensch“, so Plessner (1975, 290), „[...] hat sich selbst, [...] weiß um sich, es ist sich selber bemerkbar und darin ist es ‚Ich‘, der ‚hinter sich‘ liegende Fluchtpunkt der eigenen Innerlichkeit, [...] der nicht mehr objektivierbare, nicht mehr in Gegenstandsstellung zu rückende Subjektpol.“ Dem Menschen ist dabei „[...] der Umschlag vom Sein innerhalb des eigenen Leibes zum Sein außerhalb des Leibes ein unaufhebbarer Doppelaspekt, ein wirklicher Bruch seiner Natur. Er lebt diesseits und jenseits des Bruches, als Seele und als Körper *und* als die psychophysisch neutrale Einheit dieser Sphären. Die Einheit überdeckt jedoch nicht den Doppelaspekt, sie [...] ist der Bruch, der Hiatus, das leere Hindurch der Vermittlung [...]“ (ebd., 292; Hervorhebung im Original). Demzufolge ist die exzentrische Positionalität des Menschen dreifach bestimmt: durch das Leib-Sein, das Körper-Haben und die Einheit der beiden Aspekte: das Selbst (ebd., 293; vgl. auch Gugutzer 2002, 65). Plessner (ebd.) bezeichnet ein solch dreifach positioniertes Individuum auch als „Person“.

Analog zu seiner dreifach gegliederten Positionalität „[...] befindet sich der Mensch in einer Welt, die [...] Außenwelt, Innenwelt und Mitwelt ist. In jeder der drei Sphären hat er es mit Sachen zu tun, die als eigene Wirklichkeit, in sich stehendes Sein ihm gegenüberstehen“ (ebd.). Dem Leib-Sein (auch als „Hier-Jetzt-Sein“ oder „Zustandsstellung“ bezeichnet) entspricht somit die „Innenwelt“; das Körper-Haben (auch Sein außerhalb des Leibes oder „Außer-sich-Sein“ bzw. „Gegenstandsstellung“) bezieht sich auf die Außenwelt (vgl. ebd., 293 ff.; vgl. Gugutzer 2002, 65 ff.).<sup>31</sup>

Durch die Sphäre der „Mitwelt“ betont Plessner die Dimensionen von Kultur, Geschichte und Gesellschaft und deren Bedeutung für das menschliche Sein. Plessner zufolge ist das Dasein der Anderen jeder individuellen Existenz vorgängig: Zu den Vorbedingungen menschlicher Existenz gehört, dass „[...] der einzelne Mensch [...] von allem Anfang an davon durchdrungen ist, nicht allein zu sein und nicht nur Dinge, sondern fühlende Wesen wie er als Genossen zu haben [...]“ (Plessner 1975, 301). Somit ist jeder „[...] Realsetzung eines Ichs, einer Person in einem einzelnen Körper [...] die Sphäre des Du, Er, Wir vorgegeben“ (ebd.). In einem umfassenderen, gemeinschaftlichen Sinn bezeichnet die Mitwelt nicht nur konkrete Bezugspersonen, sondern auch die „[...] Sphäre [...] des *Geistes*

---

<sup>31</sup> Das Selbst (Ich), so sei verdeutlicht, meint die Einheit von Leib-Sein und Körper-Haben (auch als „Selbststellung“ bezeichnet) und sein Welt-Bezug ist durch die Einheit von Innen- und Außenwelt bzw. die Balance von Leib-Sein und Körper-Haben bestimmt (vgl. Gugutzer 2002, 67).

[...]“ (ebd., 303; Hervorhebung im Original), also z.B. eine gemeinsame Welt der Ideen, kollektive Deutungsmuster oder Werte.

Die Tatsache, dass der Mensch sich selbst nur durch die Anderen vermittelt erfahren kann, formuliert Plessner auch im zweiten anthropologischen „Gesetz der vermittelten Unmittelbarkeit“. Es besagt, dass dem Menschen eine Unmittelbarkeit oder Direktheit nur möglich wird, indem er eine Distanz zu sich selbst (und zu Anderen) einnimmt, und dass diese Selbstdistanzierung notwendigerweise über den Umweg durch Andere erfolgt (Gugutzer 2002, 70).<sup>32</sup>

## II 2.4 Vertiefende Ausführungen zum Leib-Körper-Verhältnis beim Menschen

Plessner postuliert, wie an früherer Stelle erwähnt, ein dialektisches Verhältnis von Leib und Körper. Dieser Doppelaspekt des Leib-Seins und Körper-Habens führt beim Menschen zu einer spannungsreichen Existenz.

Als Menschen sind wir Leib, stehen im Hier-Jetzt und sind daran gebunden: Wir leben und erleben. Zugleich aber ist uns die Möglichkeit gegeben, „hinter“ uns selbst „[...] im raumzeithaften Nirgendwo-Nirgendwann“ zu stehen (Plessner 1975, 292). Wir erleben so u.a. unser Erleben und wir *haben* einen Körper, auf den wir zugreifen können wie auf andere physische Körper. Aus dem Körper-Haben ergibt sich eine lebenslange Lernaufgabe, denn wir haben den Körper nicht etwa von Geburt an, also nicht per se, sondern wir müssen durch sozialisatorische Prozesse zuerst lernen, ihn zu beherrschen und zu kontrollieren (vgl. Gugutzer 2002, 66). Plessner (1970, 43; Hervorhebungen im Original) drückt diesen Zusammenhang folgendermaßen aus: „Das Ziel der Beherrschung [...] ist dem Menschen durch seine physische Existenz gestellt: *als Leib im Körper*. Mit dieser Doppelrolle muss sich jeder vom Tage seiner Geburt an abfinden. Jedes Lernen: zu greifen und die Sehdistanzen den Greifleistungen anzupassen, zu stehen, zu laufen usw. vollzieht sich auf Grund und im Rahmen dieser Doppelrolle. [...] Ein Mensch *ist* immer zugleich Leib [...] – auch wenn er von seiner irgendwie ‚darin‘ seienden unsterblichen Seele überzeugt ist – und *hat* diesen Leib als diesen Körper.“<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Vgl. hierzu: Plessner (1975, 323 ff.). – Wegen der Dynamik der exzentrischen Positionalität formuliert Plessner die drei anthropologischen Gesetze der Grenzrealisierung (vgl. Fischer 2000, 278 f.): das oben genannte Gesetz der „vermittelten Unmittelbarkeit“, das Gesetz der „natürlichen Künstlichkeit“, das die Kulturhaftigkeit des Menschen als konstitutiven Teil seiner Natur beschreibt, sowie das Gesetz des „utopischen Standorts“, das den Menschen – im Vergleich zu den subhumanen Organismen – als ein ort- und zeitlos gesetztes, grenzenloses Lebewesen mit einem utopischen Standort beschreibt.

<sup>33</sup> Kubitzka (2005, 115) weist darauf hin, dass Plessner die in den „Stufen“ dargelegte Verhältnismäßigkeit von Leib-Sein und Körper-Haben nachträglich als eine Vereinfachung betrachtet hat, die durch die Erfahrung



Die Spannung, ja eigentlich der Bruch, der durch den Doppelaspekt des Leib-Seins und Körper-Habens bedingt ist, zwingt den Menschen außerdem dazu, immer wieder eine Balance zwischen den beiden Aspekten zu schaffen. Er muss m.a.W. sein Leben führen bzw. es gestalten: „Der Mensch lebt nur, indem er sein Leben führt“ (Plessner 1975, 310). Als exzentrisches Wesen steht der Mensch eben „[...] nicht im Gleichwicht [...]“, sondern „[...] ortlos, zeitlos, im Nichts [...]“, daher „[...] muß er ‚etwas werden‘ und sich das Gleichgewicht – schaffen“ (ebd.). Für die existenzielle Aufgabe, sein Leben zu führen und sein (Selbst-)Sein zu schaffen, benötigt der Mensch „[...] ein Komplement nicht-natürlicher, nichtgewachsener Art“ (ebd.). Gemeint ist die Kultur, denn Plessner zufolge ist der Mensch ein Kulturwesen, das „[...] von Natur, aus Gründen seiner Existenzform *künstlich*“ ist (ebd.; Hervorhebung im Original).<sup>34</sup>

Die Spannung zwischen dem Leib-Sein und dem Körper-Haben und ihr beständiger Ausgleich bleiben im „normalen“ Lebensvollzug, d.h. in Situationen, die uns bewältigbar erscheinen, unbemerkt, da eine innere Verschränkung zwischen den beiden Daseinsweisen besteht. Ihr Auseinandertreten zeigt sich erst bei einer Störung der exzentrischen Position, bspw. im Fall einer Krise.

Plessner illustriert dies u.a. an den Phänomenen des Lachens und Weinens, die für ihn eine Reaktion bzw. eine Antwort auf eine Grenzlage darstellen (vgl. Plessner 1970, 165). Wenn wir z.B. vor Lachen platzen oder bersten und der Leib quasi explodiert, drückt sich darin eine Krise aus, in der das Ich und der Leib auseinandertreiben und dennoch eins sind (vgl. hier und im Folgenden: ebd. 73 ff.).<sup>35</sup> Obschon dem Ich die Zügel aus der Hand genommen werden, empfindet man diesen „Verlust“ als Ausdruck für oder als Antwort auf eine Situation, in der es der Vernunft die Sprache verschlagen hat. Nur das Lachen kann also auf eine solche Situation antworten. Auch wenn wir ins Weinen geraten oder verfallen, antworten wir dadurch auf eine Situation, bei der die Sprache versagt.

Lachen und Weinen stellen m.a.W. sinnvolle Reaktionen auf Situationen dar, in denen es keine andere Art der Antwort gibt (ebd., 149). Sie verweisen auf eine Expressivität, die eine ursprüngliche Weise darstellt, damit fertig zu werden, dass man einen Leib bewohnt und zugleich ein Leib ist (ebd., 52). Obschon sich im Lachen und im Weinen die Zerbrechlichkeit

---

widerlegt werde. Vor allem im Anschluss an die Kritik Plüggess befand Plessner, dass der Begriff des Doppelaspekts das unlösbare Ineinander-verwoben-Sein von Leib und Körper nicht ausreichend ausdrücke (ebd., 115 f.).

<sup>34</sup> Der Umstand, dass der Mensch von Natur aus ein Kulturwesen ist, verweist auf Plessners erstes anthropologisches Gesetz der „Natürlichen Künstlichkeit“ (vgl. Fischer 2000, 278).

<sup>35</sup> Vgl. hierzu auch die Ausführungen von Meyer-Drawe (1999, o.S.).

der Verschränkung zwischen Leib-Sein und Körper-Haben manifestiert, behauptet der Mensch sich als Person, denn im leiblichen Antworten zeigt er sich der (krisenhaften) Situation zugleich gewachsen (ebd., 75; vgl. auch Gugutzer 2002, 72 f.). Als echte Ausdrucksgebärden sind Lachen und Weinen in ihrer Unmittelbarkeit und Unwillkürlichkeit überdies ein Beispiel dafür, dass Ausdruck bzw. Ausdrucksbewegung und Ausdrucksgehalt untrennbar miteinander verbunden sind (vgl. Plessner 1970, 62 f.). In ihrer „Einheit des expressiven Ganzen“ (ebd., 62) ergreifen uns das Lachen und das Weinen unserer Mitmenschen unmittelbar: Wir werden „[...] zu Partnern ihrer Erregung, ohne daß wir wissen, warum“ (ebd., 64).

## II 2.5 Resümee und Reflexionen zu Plessner in Bezug auf meine Untersuchung

Die ansonsten „[...] fundamentalisierten Gegensätze von Körper und Bewusstsein, Außen- und Innenwelt, Subjekt und Objekt [...]“ (Plessner 1975, 72) sind bei Plessner (verschränkende) Doppelaspekte, die den Ausgangspunkt dafür bilden, wie der Mensch sich selbst und die Anderen erfährt.

Der Mensch ist in eine sog. „exzentrische“ Positionalität gesetzt, zu der er gleichsam präreflexiv Stellung beziehen muss. Diese Lage ermöglicht es ihm einerseits, die Beziehungen zum Umfeld in der Qualität der Unmittelbarkeit zu erleben und dank der Zentrität im Vollzug aufzugehen, andererseits kann er darauf reflektieren. Die Exzentritätsthese darf aber nicht auf das Moment der Selbstreflexivität, also die Fähigkeit zur Distanznahme, reduziert werden (Kubitza 2005, 49), denn die Bedingung der Möglichkeit der Reflexivität ist in der organischen Verfasstheit des Menschen zu sehen.

Die Exzentrität des Menschen ist des Weiteren eine expressive. Die Expressivität, wie sie sich z.B. im Lachen und im Weinen äußert, zeigt die unhintergehbare Intersubjektivität der menschlichen Existenz an: „Wir lachen und wir weinen zwar auch alleine, aber nur über etwas – etwa eine Erinnerung. Lachen braucht einen Anlass. [...] Weinen verweist noch als einsamer Vollzug auf den fehlenden anderen“ (Meyer-Drawe 1999, o.S.).

Überdies verweisen die Phänomene des Lachens und Weinens auf eine Fremdheit, die uns mit unserer Leiblichkeit gegeben ist. Wenn uns das Lachen überkommt oder wir beim Weinen die Fassung verlieren, sind dies Indizien einer grundsätzlichen Unverfügbarkeit über unsere leibseelische Existenz (ebd.).

Insgesamt rückt Plessner eine Betrachtungsweise des Menschen ins Zentrum, welche die Doppeldeutigkeit seiner körper-leiblichen Existenz betont. Der Doppelaspekt des Leib-Seins

und des Körper-Habens führt zu einem spannungsreichen Dasein. Aus ihm ergibt sich eine Fremdheit für uns selbst. Breyer (2012, o.S.) geht in Bezug auf Plessners Anthropologie daher von einer „[...] apriorischen Ambivalenz des Selbst, einer primordialen Differenz zwischen Selbst und Selbst [...]“ aus.

Im Folgenden skizziere ich einige Ideen, die im Zusammenhang mit Plessners Positionen für meine weitere Untersuchung von Interesse sind.

Das durch die Verschränkung von Leib-Sein und Körper-Haben bedingte spannungsvolle Dasein des Menschen macht es laut Plessner erforderlich, diese beiden Aspekte immer wieder neu auszubalancieren. Der Mensch muss sein Leben führen und sein (Selbst-)Sein schaffen, und zwar in seiner Angewiesenheit auf die Mitwelt. Diese Aufgabe stellt insofern eine humanspezifische Notwendigkeit dar (vgl. Gugutzer 2002, 68) und ist auch im Zusammenhang mit der Selbstsorge von Belang.

Wie oben ausgeführt, bedeutet die exzentrische Positionalität eine „Unausgeglichenheit“ oder Risikolage für den Menschen. Plessner (1975, 298) beschreibt eine „keimhafte Spaltung“, die das Selbstsein grundsätzlich durchzieht. Zwar stellt dieses anthropologisch bedingte Moment der Labilität keinen pathologischen Zustand dar. Es kann unter gewissen Bedingungen aber in ihn umschlagen (vgl. Kubitzka 2005, 153). Für die Auffassung von psychischer Krankheit ist der Gedanke einer allgemein menschlichen Labilität bedeutsam, da sie die Unterscheidung von „gesund“ und „krank“ relativiert. In einem ähnlichen Sinn verweisen auch die Phänomene des Lachens und Weinens hierauf: Wenn die Person im Lachen und Weinen auf eine Grenzsituation „antwortet“ und mit der eigenen leiblichen Unwillkürlichkeit und Unkontrollierbarkeit konfrontiert ist, zeigt sich, dass wir als Menschen unseren Leib und uns selbst *grundsätzlich* nie vollständig im Griff haben, nicht nur im Falle des psychischen Krankseins.

Die menschlichen Ausdruckserscheinungen (z.B. das Lachen/Weinen) bilden einen primären intersubjektiven Bezugsrahmen: Sie sind ein geteiltes Netzwerk von leiblich verankerten Bedeutungen und von Sinn (Breyer 2012, o.S.). Demzufolge ist die Expressivität ein wichtiger Schlüssel der Intersubjektivität, der auch in professionellen Beziehungen ins Gewicht fällt.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Hier zeigt sich eine Ähnlichkeit zu der von Merleau-Pontys beschriebenen „Zwischenleiblichkeit“, wie ich in Kapitel II 3.3 darlegen werde.

## II 3 Leibliches Zur-Welt-Sein: Aspekte der Leibphänomenologie Maurice Merleau-Pontys

In den folgenden Kapiteln stelle ich ausgewählte Positionen der Leibphänomenologie Merleau-Pontys vor. Ich gehe dabei zuerst auf die mediale Rolle des Leibes ein, d.h. auf die Tatsache, dass wir aufgrund unserer Leiblichkeit immer schon der Welt zugewandt sind (vgl. II 3.1). Im Zusammenhang mit der fundamentalen Bedeutung, die Merleau-Ponty der menschlichen Wahrnehmung zumisst (vgl. II 3.2), widmet sich ein Kapitel der Erörterung der sog. „ursprünglichen Intentionalität“, der zufolge der Leib als Subjekt der Wahrnehmung gilt. In Merleau-Pontys Sicht ist dies die wesentliche Bestimmung des Leibes (vgl. II 3.2.1). Ein weiterer Gesichtspunkt der Wahrnehmungstheorie bezieht sich auf die sog. „Urschicht“ des Empfindens und die Einheit der Sinne, durch die Merleau-Ponty eine Kontrastierung zu einem verstandesmäßig kontrollierten Wahrnehmen vornimmt, das diesen Vorgang in die einzelnen Sinnesorgane verlegt (vgl. Seewald 2000, 39) (vgl. II 3.2.2). Dann lerte ich anhand des Begriffs der „Zwischenleiblichkeit“ aus, wie Merleau-Ponty die Intersubjektivität, d.h. die Wahrnehmung der Anderen bzw. die Kommunikation mit ihnen auffasst (vgl. II 3.3). Nach Erläuterungen zum Zusammenhang von „Leiblichkeit und Sinn“ (vgl. II 3.4) resümiere ich abschließend die wichtigsten Positionen von Merleau-Pontys Leib-Verständnis und arbeite ihre Relevanz für meine Untersuchung heraus (vgl. II 3.5).

### II 3.1 Die mediale Rolle des Leibes: Vermittler zwischen Ich und Welt

Dem Phänomen der Leiblichkeit nähert sich Merleau-Ponty gewissermaßen „indirekt“, von der Welt her, der wir vor aller Reflexion zugewandt sind (vgl. Waldenfels 1986, 156). Ein anschauliches Beispiel hierfür nennt Waldenfels (2000, 11): In der simplen Aussage, es sei kalt, steckt bereits ein Weltbezug, d.h. es werden sowohl Dinge der Welt als auch ich selbst thematisch.

In der Philosophie Merleau-Pontys wird das leibliche Zur-Welt-Sein (frz.: être-au-monde) des Menschen somit zum anthropologischen Ausgangspunkt (Gugutzer 2002, 76). Zu existieren heißt für Merleau-Ponty (1966, 413), zur Welt zu sein. Dabei ist es so, dass weder „[...] der Leib *noch auch die Existenz* [...] als das Original des Menschseins gelten, da sie einander wechselseitig voraussetzen, der Leib geronnene oder verallgemeinerte Existenz ist, die Existenz unaufhörliche Verleiblichung ist“ (ebd., 199; Hervorhebungen im Original).<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Gugutzer (2002, 76) weist darauf hin, dass Merleau-Ponty den Begriff der Existenz dem des „Zur-Welt-Seins“ in seinen frühen Schriften mehr oder weniger gleichsetzt.

Aus diesem Grund ist der Leib auch „[...] unser Mittel überhaupt, eine Welt zu haben“ (ebd., 176). Er steht als allgemeines Mittel der Welthabe immer in einer doppelten Beziehung: zu der Welt, die wir haben, und zum Ich, das jeweils die Welt hat (Waldenfels 1986, 157). Merleau-Ponty verdeutlicht diese Funktion des Leibes u.a. anhand des Körperschemas und anhand des motorischen Erwerbs von Gewohnheiten, d.h. der Verwandlung bzw. Erweiterung des Körperschemas (vgl. Merleau-Ponty 1966, 123 ff. und 172 ff.).

In Bezug auf das Körperschema distanziert Merleau-Ponty sich von der Auffassung der klassischen Physiologie und Psychologie, indem er durch den Begriff der „Situationsräumlichkeit“ betont, dass der Leib als Räumlichkeit auf eine situationsspezifische Aufgabe hin ausgerichtet ist (ebd., 124 f.). In diesem Sinn meint der Begriff „Körperschema“, „[...] daß mein Leib mir als Bereitstellung für diese oder jene wirkliche oder mögliche Aufgabe erscheint. Und in der Tat ist seine Räumlichkeit nicht, wie die äußerer Gegenstände oder auch die der ‚Raumempfindungen‘, eine *Positionsräumlichkeit*, vielmehr *Situationsräumlichkeit*. [...] Halte ich, aufrecht stehend, in der geschlossenen Hand meine Pfeife, so ist die Lage meiner Hand nicht analytisch bestimmt etwa durch die von Hand und Unterarm, Unter- und Oberarm, Arm und Rumpf und endlich Rumpf und Boden gebildeten Winkel. Vielmehr weiß ich mit einem absoluten Wissen, wo meine Pfeife ist und *daher* weiß ich, wo meine Hand, wo mein Körper ist [...]“ (ebd., 125; Hervorhebungen im Original).

Der Erwerb motorischer Gewohnheiten, wenn man z.B. auf einer Schreibmaschinentastatur schreibt oder sich mithilfe eines Blindenstocks fortbewegt, erfordert laut Merleau-Ponty, sich in diesen Gegenständen einzurichten und sie an der Ausdehnung des eigenen Leibes teilhaben zu lassen (ebd., 173). Wie er am Beispiels des Maschineschreibens erläutert, basiert die Gewohnheit weder auf einem bloßen Automatismus noch auf Kenntnissen, sondern es handelt sich um ein „[...] Wissen, das in den Händen ist, das allein der leiblichen Betätigung zur Verfügung steht [...]“ (ebd., 174).<sup>38</sup> Hierdurch eröffnet und erschließt uns der Leib Möglichkeiten in der Welt: „Die Gewohnheit ist der Ausdruck unseres Vermögens, unser Sein zur Welt zu erweitern oder unsere Existenz durch Einbeziehung neuer Werkzeuge in sie zu verwandeln“ (ebd., 173).<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Mit Waldenfels (2000, 169) kann diesbezüglich auch von einem im Leib inkorporierten Wissen gesprochen werden.

<sup>39</sup> Laut Merleau-Ponty verweist auch das Phänomen des Phantomglieds – gewissermaßen „ex negativo“ – auf den leiblichen Weltbezug bzw. auf das Zur-Welt-Sein. Denn die „[...] Nichtanerkennung des Mangels ist nur die Kehrseite unserer Weltzugehörigkeit [...]“ (Merleau-Ponty 1966, 106).

Der Bestimmung des Leibes, allgemeines Medium der Welthabe zu sein, kann eine zweite hinzugefügt werden: „[...] unsere Verankerung in der Welt“ (ebd., 174). Dabei ist der „[...] eigene Leib [...] in der Welt wie das Herz im Organismus [...]“ (ebd., 239). Wir haben deshalb nicht nur eine Welt, wir gehören ihr auch an (vgl. Waldenfels 1986, 158). Jedoch lässt sich die Funktion des Leibes nur aus der Perspektive des leiblichen Vollzugs selbst verstehen und alle Objektivationen bzw. das Leib-Haben setzen die Leiblichkeit schon voraus (vgl. ebd., 157). Merleau-Ponty (1966, 99) drückt dies wie folgt aus: „Die Funktion des lebendigen Leibes kann ich nur verstehen, indem ich sie selbst vollziehe, und in dem Maße, in dem ich selbst dieser einer Welt sich zuwendende Leib bin.“

Ich und Welt, so das Resümee an dieser Stelle, sind durch den Leib verschränkt. Die zentrale Aufgabe oder Funktion des Leibes besteht somit darin, zwischen Ich und Welt zu vermitteln. Je unauffälliger der Leib dabei ist, desto besser hat er diese mediale Rolle inne. Im alltäglichen, ungestörten Lebensvollzug wird die Vermittlerrolle des eigenen Leibes meist gar nicht wahrgenommen, da Ich und Leib eine Einheit bilden, die der Welt zugewandt ist (vgl. Gugutzer 2002, 77).

## II 3.2 Leib und Wahrnehmung

### II 3.2.1 Der Leib als Subjekt der Wahrnehmung: „Natürliches Ich“ und ursprüngliche Intentionalität

Für Merleau-Ponty bildet die Theorie des Leibes, wie eingangs erwähnt, zugleich den Ausgangspunkt für seine Theorie der Wahrnehmung. Die von ihm gemeinte Art der Wahrnehmung lässt sich besonders gut an seinen Erörterungen zum sog. „natürlichen Ich“ aufzeigen (vgl. Merleau-Ponty 1966, 242 f.). Das „natürliche Ich“ ist laut Waldenfels (1986, 159) Merleau-Pontys dritte wichtige Bestimmung des Leibes. Von einem „natürlichen Ich“ kann gesprochen werden, weil ich als Mensch quasi „von Natur aus“ leiblich bin und weil der Leib zugleich deshalb ein Ich ist, da ich mit ihm wahrnehme bzw. da er das Subjekt meiner Wahrnehmung ist (Gugutzer 2002, 80). Es ist mein Leib (oder meine Ich-Leib-Einheit), der die Welt wahrnimmt, wenn mir bspw. beim Duft und Anblick des Essens das Wasser im Mund zusammenläuft (ebd.).

Im Zusammenhang mit dem „natürlichen Ich“ verwendet Merleau-Ponty auch die Bezeichnung „ursprüngliche Intentionalität“ (vgl. ebd.).

Was unter der ursprünglichen leiblichen Intentionalität zu verstehen ist, kann anhand des Verlusts des intentionalen Gerichtetseins auf die Welt beleuchtet werden.

Merleau-Ponty bezieht sich in diesem Kontext auf eine Studie von Goldstein und Gelb (1923) und greift u.a. den berühmten „Fall Schneider“ auf.<sup>40</sup> Er analysiert die „Wahrnehmungsstörung“ dieses Patienten, der an einer Hirnverletzung, nicht aber unter einer Sehstörung leidet (Merleau-Ponty 1966, 159; Hervorhebungen im Original): Wenn man Schneider einen Füllfederhalter so zeigt, „[...] daß er die Taschenklemme daran zunächst nicht sieht, so sind die Phasen des Erkennens diese: ‚Schwarz, blau, hell‘, sagt der Kranke; ‚so weiße Flecken drin, ’s ist stahlähnlich. Weil es länglich ist. Es kann irgendein Instrument sein. Es glitzert. Es wirft einen Schein. Kann auch buntes Glas sein.‘ In diesem Augenblick zeigt man den Füllfederhalter dem Kranken näher und läßt ihn auch die Ansteckklemme sehen. Er fährt fort: ‚Das wird ein, ein Bleistift oder Federhalter sein. (Greift an seine Brusttasche.) Hier, weil das zum Befestigen dran ist.‘“

Schneider muss also wie ein empirischer Wissenschaftler vorgehen, der im Prozess des Erkennens Hypothesen aufstellt und schaut, ob sie zutreffen oder nicht (vgl. Seewald 2000, 30). Denn in seinem Fall sind die Vertrautheit und die Kommunikation mit dem Gegenstand unterbrochen: „Beim Normalen ist der Gegenstand ‚sprechend‘ und bedeutungsvoll, die Farbzusammenstellung ‚will‘ unmittelbar etwas ‚sagen‘, indessen beim Kranken die Bedeutung anderswoher beigebracht werden muß, durch einen Akt echter Interpretation“ (Merleau-Ponty 1966, 159). Somit hat die Welt für Schneider ihre Physiognomie eingebüßt (ebd., 160), sie suggeriert ihm keinerlei Bedeutungen mehr. Während wir durch den Leib normalerweise wie mit einem Netz „intentionaler Fäden“ mit der Welt verbunden sind, ist dieses Netz beim Patienten im geschilderten Beispiel weitestgehend zerstört (vgl. Seewald 2000, 30).<sup>41</sup>

Zusammengefasst, bezeichnet die leibliche Intentionalität das leibliche praktische Vermögen, zur Welt zu sein und dabei die Anforderungen der konkreten Situationen vorreflexiv zu erkennen und situationsgemäß zu handeln; dabei geht es nicht um eine bewusste, zielgerichtete Handlung oder Handlungsabsicht, sondern um das ihr Zugrundeliegende (Gugutzer 2002, 81).

---

<sup>40</sup> Beim Patienten Schneider handelt es sich „[...] um einen Kriegsverletzten, der von einem Granatsplitter an der optischen Zone des Hinterhauptes getroffen wurde. Schneider wurde über sechs Jahre hin untersucht und auch behandelt [...]. Schneider war am Ende kein eigentlicher Patient mehr, er war wieder lebensfähig und berufsfähig, wenn auch mit gewissen Einschränkungen“ (Waldenfels 2000, 132).

<sup>41</sup> Merleau-Ponty verdeutlicht den Aspekt der ursprünglichen Intentionalität auch an den Phänomenen des Geschlechtslebens und der Motorik. Nimmt man die mit der Motorik zusammenhängende leibliche Intentionalität als Beispiel (z.B. eine Geste der Hand), so kann gesagt werden, dass seinen Leib zu bewegen immer heißt, „[...] durch ihn hindurch auf die Dinge abzielen, ihn einer Aufforderung entsprechen lassen, die an ihn ohne den Umweg über irgendeine Vorstellung ergeht“ (Merleau-Ponty 1966, 168).

### II 3.2.2 Die Einheit der Sinne

Ein weiterer Aspekt der Wahrnehmungstheorie Merleau-Pontys bezieht sich auf die sog. „Urschicht“ des Empfindens bzw. die Einheit der Sinne (vgl. Merleau-Ponty 1966, 266). Merleau-Ponty geht davon aus, dass eine Isolierung einzelner Sinnesfelder nicht unserer wirklichen Erfahrung entspricht: Auch, wenn wir sagen, unsere Augen sehen oder unsere Hand fühlt, ist dies eine Interpretation, welche die Erfahrung von ihrem ursprünglichen Subjekt löst (ebd., 250). Stattdessen sei die „[...] synästhetische Wahrnehmung die Regel [...]“, d.h. das Vermischen der sinnlichen Eindrücke (ebd., 268).<sup>42</sup> Laut Merleau-Ponty sind wir uns dessen so selten bewusst, weil das Wissenschaftswissen unsere Erfahrung verschoben hat (ebd.). Die naturwissenschaftliche Zuordnung von physischem Reiz, Sinnesorgan und Wahrnehmung erzeugt m.a.W. die „[...] Vorstellung getrennter Sinneskanäle“ mit undurchlässigen Schranken zwischen Farb-, Ton-, Geruchs- und Tastqualitäten“ (Fuchs 2000a, 168).

Die synästhetische Wahrnehmung, in der die unterschiedlichen Sinnesmodalitäten nicht abzugrenzen sind, trifft daher nicht nur auf „Ausnahmezustände“ wie einen Meskalinrausch zu (vgl. Merleau-Ponty 1966, 265).<sup>43</sup> Sie ist auch ein Bestandteil des normalen Erlebens. Insbesondere, wenn man sich der Wahrnehmung voll und ganz hingibt und sie nicht denkend kontrolliert, schlägt die Erfahrung spontan auf sämtliche Sinnesregister über (vgl. ebd., 266; vgl. auch Seewald 2000, 38).

Die Urschicht des Empfindens trägt zugleich den Keim eines Traumes oder einer Entpersönlichung in sich. Da unser „Verstricktsein in die Welt“ den Rahmen allen Wahrnehmens bildet (Taylor 1986, 208), kommt dem ursprünglichen Wahrnehmungsimpuls immer auch eine gewisse Anonymität zu. Merleau-Ponty bringt dies durch die Formulierung zum Ausdruck, „[...] daß *man* in mir wahrnimmt, nicht, daß ich wahrnehme“ (Merleau-Ponty 1966, 253; Hervorhebung im Original).

### II 3.3 Intersubjektivität aus Merleau-Pontys Sicht: Zwischenleiblichkeit

Meine Leiblichkeit ist nicht nur, wie oben dargelegt, „[...] meine Weise in der Welt anwesend zu sein und das Medium, durch das die Welt mir (in der Wahrnehmung)

---

<sup>42</sup> Bekanntermaßen entspricht die Trennung der Sinnesqualitäten auch keineswegs der ursprünglichen kindlichen Wahrnehmung. Diese ist immer eine gesamtleibliche und so zeigen die Ergebnisse der neueren Säuglingsforschung, dass in den Einzelsinnen von Anfang an auch synästhetische Charaktere mitempfunden werden (vgl. Fuchs 2000a, 168 f.).

<sup>43</sup> Im Rauschzustand wirkt ein Flötenton z.B. als blaugüne Farbe, der Schlag eines Metronoms erzeugt im Dunklen graue Flecken oder das Bellen eines Hundes verändert die Beleuchtung und zittert im linken Fuß (Merleau-Ponty 1966, 265).



entgegentritt“ (Coenen 1986, 205). Sondern mein Leib ist auch die Verbindung zwischen mir und den Anderen. Merleau-Ponty verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der „Zwischenleiblichkeit“ (frz.: „intercorporité“). „Zwischenleiblichkeit“ besagt – in einem Satz umrissen –, dass das Subjekt aufgrund seiner leiblichen Existenz, die als Band zur Welt und zur Mitwelt fungiert, niemals so sehr bei sich ist, dass die Anderen ihm völlig fremd wären (Waldenfels 1986, 163). Der Zwischenleiblichkeit entspricht außerdem die „Zwischenwelt“ (frz.: „intermonde“), die sich als eine Art der Zwischensphäre darstellt (Waldenfels 2000, 286).

Merleau-Ponty entwickelt sein Intersubjektivitätskonzept als eine Gegenposition zur Bewusstseinsphilosophie und zum objektiven Denken und somit zu Standpunkten, die in ein Innen und ein Außen spalten (vgl. Seewald 2000, 49). Ihnen zufolge gelten der eigene Leib und der Leib des Anderen als „unbewohnt“, als „[...] bloße Gegenstände des [...] Bewußtseins [...]“, so als wären „[...] die Menschen und ich selbst als empirisches Sein [...] bloß von Federn angetriebene Mechanismen [...]“ (Merleau-Ponty 1966, 400). Im Rückgriff auf die lebensweltliche Erfahrung postuliert Merleau-Ponty stattdessen eine vorgängige anonyme Kollektivität, durch die wir leiblich miteinander verbunden sind (Seewald 2000, 49). Wenn von einem im Leib und in der Welt verankerten Bewusstsein ausgegangen wird, bietet die Wahrnehmung des Anderen keine Schwierigkeiten (Merleau-Ponty 1966, 402). Dann ist es nämlich mein Leib, „[...] der den Leib des Anderen wahrnimmt, und er findet in ihm so etwas wie eine wunderbare Fortsetzung der eigenen Intentionen, eine vertraute Weise des Umgangs mit der Welt; und wie die Teile meines Leibes ein zusammenhängendes System bilden, bilden somit auch der fremde Leib und der meinige ein einziges Ganzes, zwei Seiten eines einzigen Phänomens, und die anonyme Existenz, deren Spur mein Leib in jedem Augenblicke ist, bewohnt nunmehr die beiden Leiber in eins“ (ebd., 405).

Der Kommunikation zwischen den Leibern kommt Merleau-Ponty zufolge überdies eine ursprüngliche Qualität der Direktheit zu, was er an folgendem Beispiel illustriert: „Nehme ich im Spiel die Finger eines fünfzehnmonatigen Kindes zwischen die Zähne und beiße ein wenig, so öffnet es den Mund. Und doch hat es schwerlich je sein Gesicht im Spiegel gesehen und ähneln seine Zähne nicht den meinen“ (ebd., 403). Der beschriebene Bewegungsdialog zwischen Kind und Erwachsenem verläuft unmittelbar, ohne bewusste Analysen, weder der Bewegung des Anderen noch der eigenen Bewegungsantwort; ein Kleinkind von 15 Monaten wäre hierzu überhaupt nicht in der Lage. Das Beißen hat für das Kind, so Merleau-Pontys diesbezügliche Erklärung, eine unmittelbare intersubjektive Bedeutung: Es „[...]

nimmt in seinem Körper seine Intentionen wahr, meinen Leib mit dem seinen, und so meine Intentionen in seinem Körper“ (ebd.).

Aufgrund der Verschränkung von eigenem und fremdem Leib partizipieren wir nicht nur in der Wahrnehmung, sondern auch im gemeinsamen Tun oder im Gespräch von vornherein an der Erfahrung der Anderen. So konstituiert sich Merleau-Ponty zufolge in „[...] der Erfahrung des Dialogs [...] zwischen mir und dem Anderen ein gemeinsamer Boden [...]“ (ebd., 406). Das Denken und die Worte der beiden Gesprächspartner bilden „ein einziges Geflecht“, es handelt sich um ein „[...] gemeinsames Tun [...], dessen Schöpfer keiner von uns beiden ist“ (ebd.). Auch ist es im Dialog so, dass ich die Gedanken des Anderen, obwohl sie durchaus die seinigen sind, „[...] schon *in statu nascendi* erfasse, ja ihnen vorweg bin [...]“ (ebd.; Hervorhebung im Original). Im Dialog wird somit eine wirkliche Kooperation vollbracht: „Ich leihe dem Anderen Gedanken, ich eile ihm voraus, mache mit bei den Äußerungen, die der Andere macht. Umgekehrt gibt mir der Andere zu denken“ (Waldenfels 2000, 301). Erst im Nachhinein entsteht die Illusion, man habe den Sinn eigenmächtig hervorgebracht und die eigene Rede sei nur äußerlich durch den Anderen bestimmt (vgl. ebd., 301 f.).<sup>44</sup>

Trotz der primordialen Gewissheit einer gemeinsamen Welt behält der Andere immer auch etwas Fremdes (Seewald 2000, 52). Durch „[...] die bleibende Wahrheit des Solipsismus [...]“ (Merleau-Ponty 1966, 407), wird die Mühelosigkeit des wechselseitigen Verstehens eingetrübt. Trotz der vorgängigen Verankerung des Leibes in einer gemeinsamen Welt, handelt es sich doch stets auch um „meinen“ Leib.<sup>45</sup> Auf den Solipsismus zurückgeworfen werden wir u.a. dadurch, dass das Verhalten oder die Worte des Anderen eben nie ganz der Andere selbst sind. So bin ich z.B., wenn ich Trauer oder Wut mitfühle, von der unmittelbaren leiblichen Gegenwart des Anderen ausgeschlossen, weil diese Gefühle für mich und für den Anderen nie genau denselben Sinn haben (vgl. ebd., 408).<sup>46</sup>

Letztlich betrachtet Merleau-Ponty jedoch die Einsamkeit und die Kommunikation als zwei Seiten desselben Phänomens: Sie können deshalb nicht Gegensätze einer Alternative sein, da ich nicht von Einsamkeit sprechen könnte, wenn der Andere mir nicht auch faktisch gegeben wäre (ebd., 411).

---

<sup>44</sup> Unter dem Aspekt des „Zwischen“ betrachtet, ist das Handeln als ein wirkliches Ineinandergreifen des eigenen und des fremden Tuns zu charakterisieren. Entscheidend ist beim Handeln, dass sich das Zwischen differenziert und es sich nicht aus Einzelleistungen zusammensetzt (vgl. hierzu: Waldenfels 2000, 289 f.).

<sup>45</sup> „Wie fände ich je *anderswo*, in meinem Wahrnehmungsfeld, eine solche Gegenwart eines Selbst bei sich selbst“ (Merleau-Ponty 1966, 410; Hervorhebung im Original)?

<sup>46</sup> Merleau-Ponty führt hierzu aus: Mein Freund Paul leidet, weil er seine Frau verloren hat, ich aber leide, weil Paul Schmerzliches erfuhr (Merleau-Ponty 1966, 408).

Als Resümee halte ich fest, dass der Andere, trotz der in der Zwischenleiblichkeit gegebenen Zugänglichkeit, einem in gewisser Weise immer auch fremd bleibt. Wird er in seiner Fremdheit und Nichtverstehbarkeit wahrgenommen, bedeutet dies zugleich, seine Individualität zu bewahren.<sup>47</sup>

### II 3.4 Leiblichkeit und Sinn

Merleau-Ponty sieht in der Leiblichkeit des Menschen die existenzielle Ermöglichung von Sinnproduktion (vgl. Küchenhoff 1988, 182). Durch meinen Leib stifte ich immer schon Sinn: Er entsteht z.B. im spontanen Miteinander-Sprechen oder im Gemeinsam-Sein, und zwar bevor ich darauf reflektiere, was ich sage oder was ich gestisch ausdrücke, und bevor ich den Ausdruck mental mitvergegenwärtige (ebd., 180).

An zwei Beispielen möchte ich den Gedanken, dass der Sinn leibhaft konstituiert, angeeignet und vermittelt wird, veranschaulichen.

Das erste Beispiel bezieht sich auf die Wahrnehmung, die per se bereits sinnhaft ist. Waldenfels (vgl. 2000, 85) verweist in diesem Kontext auf eine Stelle in der „Phänomenologie der Wahrnehmung“<sup>48</sup>: Merleau-Ponty betrachtet die „Empfindung“ dort im Zusammenhang mit dem Eucharistie-Sakrament und mit der Frage, ob Brot und Wein den Leib des Herrn bloß symbolisieren oder ob sie es sind. Das Letztere meint die reale Präsenz, im Gegensatz zu einer symbolischen Deutung (ebd.). Gemäß Waldenfels verteidigt Merleau-Ponty die „Realpräsenz“, und zwar nicht im Sinne eines Realismus, sondern dergestalt, „[...] daß der Sinn in der Sinnlichkeit *realisiert* und nicht bloß durch sie bezeichnet wird [...]“ (ebd.; Hervorhebung im Original). Somit ist die „Empfindung [...] buchstäblich eine Kommunion“, d.h., im sinnlichen Gewahren realisiert sich deshalb Sinn, da das Sinnliche „[...] nichts anderes als eine je bestimmte Weise des Zur-Welt-seins [...]“ ist (Merleau-Ponty 1966, 249).

Das zweite Beispiel bezieht sich darauf, dass sich im Ausdruck Sinn realisiert (vgl. ebd. 192 ff.).<sup>49</sup> Merleau-Ponty interpretiert in diesem Kontext ein psychotherapeutisches Fallbeispiel von Binswanger, das von einem 17-jährigen Mädchen mit einer Aphonie handelt

---

<sup>47</sup> Aus phänomenologischer Perspektive, im Rahmen einer „Topographie des Fremden“, erkundet insbesondere Waldenfels die grundsätzliche, nicht auflösbare Differenz zwischen Eigenem und Fremdem (vgl. z.B. Waldenfels 1999). Auch Levinas (vgl. z.B. 1986) thematisiert ausdrücklich die fundamentale Andersartigkeit des Anderen. Er betont, dass gerade die ethische Beziehung zwischen den Menschen jener radikalen Trennung bedarf: Vor allem im nackten Antlitz ist der Andere angesprochen, vom Antlitz aus „[...] ergeht der Befehl zur Sozialität als menschlicher Möglichkeit, in die Nähe des absolut anderen Anderen zu gelangen“ (Levinas 1986, 53).

<sup>48</sup> Vgl. Merleau-Ponty (1966, 249).

<sup>49</sup> Vgl. hierzu auch Waldenfels (2000, 222 ff.).

(vgl. ebd., 192): Nachdem die Mutter dem Mädchen verbietet, seinen Freund zu sehen, reagiert das Mädchen nicht nur mit dem Verlust des Schlafs und des Appetits, sondern es büßt schließlich auch die Sprache ein. Sich an Binswanger anschließend, fasst Merleau-Ponty diese Aphonie als Verweigerung der Koexistenz bzw. des Mitseins auf: nämlich als eine Weigerung, mit der Mutter, die das Verbot verhängt hat, noch zu sprechen.

Weil die Aphonie des Mädchens nicht physiologisch bedingt, zugleich aber auch dem freien Entschluss oder Willen entzogen ist, ist sie als eine Art der Sprach-Verdrängung zu verstehen, die auf die Mittellage des Leibes hinweist (Waldenfels 2000, 224). Der entscheidende Punkt besteht somit darin, dass die Leiblichkeit die Sprachverweigerung buchstäblich realisiert, wobei nichts nach außen gegeben wird, was ursprünglich innen war (daher wäre die Bezeichnung „Aus-druck“ hier unpassend) (ebd., 223 f.). Merleau-Ponty (1966, 198) spricht in diesem Kontext vom „inkarnierten“ oder „verkörperten“ Sinn, denn der Leib ist in jedem Augenblick Ausdruck der gesamten Existenz bzw. die Existenz realisiert sich in ihm.

Dem Leib kommt somit ein irrationales Vermögen der Bedeutungsschöpfung und Bedeutungskommunikation zu (ebd., 224).

### II 3.5 Resümee und Reflexionen zu Merleau-Ponty in Bezug auf meine Untersuchung

Die wichtigsten Aspekte des Leib-Verständnisses bei Merleau-Ponty und deren Implikationen fasse ich zunächst zusammen:

Primär verdeutlichen seine Theorien, dass Welthabe, Beziehung und Sinn leibhaft konstituiert sind und nur im Medium des Leibes angeeignet werden können.

Wie Plessner verweist Merleau-Ponty auf unsere doppeldeutige leibliche Existenz. Der Leib nimmt eine Zwischenstellung ein. Er ist ambig und in vielgestaltiger Weise mit der Welt als physischer, psychischer, sozialer und kultureller Ordnung verschränkt (vgl. Westphal 2014, o.S.). Durch diese Zwischenstellung wird hervorgehoben, dass Leib und Welt einander im Bereich der präreflexiven Erfahrung nicht gegenüberstehen (Küchenhoff 1988, 179).<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Gemäß Schuhmacher-Chilla (2013, o.S.) überwindet Merleau-Ponty Plessners Gegenüberstellungen und Verkürzungen in der Erklärung des zweifachen Körpers, indem seine Beschreibung des Leibes am Rande der wissenschaftlichen Paradigmen von Philosophie und Psychologie diesen vorangeht und indem in seiner Philosophie die traditionellen Kategorien von Subjekt und Objekt, Form und Inhalt, Aktivität und Passivität infrage gestellt werden.

Das Grundphänomen der Wahrnehmung drückt sich in einer „Urschicht“ des Empfindens und einer ursprünglichen Form der synästhetischen Wahrnehmung aus. Außerdem ist der ursprüngliche Wahrnehmungsimpuls durch Anonymität und Entpersönlichung gekennzeichnet. Als leiblicher Akt bedeutet die Wahrnehmung die Verbindung zur Welt. Denn das Zur-Welt-Sein meint im Kern das Folgende: Unser „[...] primordialer Zugang zur Welt geht über die Wahrnehmung, und die Wahrnehmung ist essentiell die eines leiblich Handelnden – [...] eines Handelnden, der sich mit der Welt auseinandersetzt und sich in ihr betätigt“ (Taylor 1986, 201).

Mit der Leiblichkeit ist uns des Weiteren eine ursprüngliche intentionale Struktur gegeben. Durch die „Fäden“ der leiblichen Intentionalität greift das Subjekt über sich hinaus und verbindet sich mit dem Begegnenden bzw. der Welt. Aus diesem Grund kommt dem unbewussten, präreflexiven leiblichen Erleben auch eine eigene „Absichtlichkeit“ und Sinnhaftigkeit zu (vgl. Fuchs 2000a, 63). Aufgrund der allgemeinen intentionalen Struktur ist der Leib in konkreten Situationen engagiert. Sie stellen Anforderungen an das Subjekt, die leiblich beantwortet werden wollen. Leiblichkeit bedingt somit eine responsive Struktur unseres Verhaltens, das auf Situationen antwortet (Meyer-Drawe 1999, o.S.).<sup>51</sup>

Die „Zwischenleiblichkeit“ besagt zudem, dass die leiblich-präreflexive Wahrnehmung der Anderen bzw. der Dialog mit den Anderen einerseits gelingen kann, ohne dass es einer auslegenden Intelligenz bedarf. Andererseits kann die Mühelosigkeit des Verstehens „trüb“ werden, sodass neben der Vertrautheit zugleich eine Fremdheit in Bezug auf den Anderen besteht (vgl. Seewald 2000, 53).

Welche Impulse gibt die leibphänomenologische Perspektive Merleau-Pontys im Zusammenhang mit den Fragestellungen meiner Untersuchung?

Zunächst rechtfertigt seine Philosophie es in besonderer Weise, mein Konzept auf der leiblichen Verfasstheit des Menschen zu begründen. Denn die Leiblichkeit wird von Merleau-Ponty als ursprüngliche, unhintergehbare Erfahrungsdimension gewürdigt, z.B., indem die Subjektivität bereits auf der Ebene der Wahrnehmung beginnt.

---

<sup>51</sup> Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass Waldenfels (1994) von einer genuinen Responsivität oder Antwortlichkeit des Menschen ausgeht, die nicht nur das menschliche Reden, sondern in grundsätzlicher Weise das gesamte Handeln, Empfinden und Verhalten prägt. Es geht ihm dabei um die verschiedenen Dimensionen des Antwortens bzw. der Antwortlogik. Sie umfassen: Hiatus, Irreziprozität, Asymmetrie, Diastase, Nachträglichkeit und Überschuss (ebd., 15 f.). Waldenfels beschreibt auch ein leibliches Responsorium, das sich in vielfältigen leiblichen Antwortweisen wie z.B. im Atem, im Blick, in der Stimme oder in der Berührung artikuliert. Das leibliche Responsorium (Phänomene wie etwa Stimme, Auge oder Hand) meint nicht die jeweiligen Organe, sondern die Register, in die das Geschehen von Anspruch und Antwort auf verschiedene Weise eingezeichnet ist (ebd., 480).

Die menschliche Seinsweise, so habe ich an früherer Stelle ausgeführt, ist durch das Ineinanderspielen der Momente des habituellen Leibs – er enthält Dispositionen, die je nach Situation aktiviert werden – und des aktuellen Leibs im lebendigen Erfahren und Tätigsein gekennzeichnet (vgl. Waldenfels 2000, 188). Als „Wesen der Gegenwart“ (Kümmel 1983, 10), indem wir erlebend und handelnd in Situationen verankert und gegenwärtig sind, stellt der Leib ein Potenzial der (Selbst-)Veränderung dar. Das Zusammenwirken von habituellem und aktuellem Leib ist für die Betrachtung der Selbstsorge sowie auch der Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung von Bedeutung.

Die Verschränkung von eigenem und fremdem Leib in der Zwischenleiblichkeit bedingt, dass die Anderen in gemeinsamen Situationen sowohl zugänglich als auch „abwesend“ sind. In der Kommunikation mit psychisch kranken Menschen, deren „Antworten“ bisweilen befremdlich sein können, existiert somit über die Prämissen einer generellen Leiblichkeit ein Band der Verständigung (vgl. Meyer-Drawe 1999, o.S.). Da es aufgrund der leiblichen Unverfügbarkeit des Anderen ohnehin unmöglich ist, einen Menschen jemals wirklich zu verstehen, stellt dieser Umstand keine Besonderheit in der Kommunikation mit psychisch kranken Menschen dar (vgl. Huppertz 2012, 18).

Aber nicht nur der Andere, sondern auch das eigene Selbst bleibt in einem Status der Unverfügbarkeit. Laut Merleau-Ponty ist uns eine Fremdheit für uns selbst gegeben. In einem ähnlichen Sinn wurde dies bereits in den Reflexionen zu Plessner thematisch. Das eigene Selbst entzieht sich insofern dem Selbstverstehen, und es gibt es keinen Zugang zu einer eindeutig vertrauten Eigenheitssphäre des Selbst.

Für die Konzipierung der Selbstsorge lässt sich demgemäß folgern, dass sie auch als suchende Bewegung zu begreifen ist, die von Befremden und Irritationen begleitet sein kann. Dies gilt grundsätzlich und nicht nur im Fall einer psychischen Krankheit.

## II 4 Leibliches Spüren: Aspekte der Leibphilosophie Hermann Schmitz'

Im Zusammenhang mit Schmitz' Neuer Phänomenologie lege ich zuerst dar, wie der Leib durch spürendes Empfinden bestimmt ist. Außerdem erläutere ich, wie Schmitz den Körperbegriff definiert und wie er das Verhältnis von Leib und Körper auffasst (vgl. II 4.1). Daran anknüpfend, gehe ich auf Schmitz' Gefühlstheorie ein. Sie weist durch den Begriff des affektiven Betroffenseins ebenfalls einen starken Leibbezug auf. Neben dieser subjektiv-leiblichen Seite der Gefühle verweist Schmitz auf die Verwandtschaft der Gefühle mit den räumlich ergossenen Atmosphären (vgl. II 4.2). Was der Leib für das Personsein bedeutet,

erörtere ich im nachfolgenden Kapitel (vgl. II 4.3) ausführlich, da die entsprechenden Ideen auch für ein Verständnis des Selbst von Interesse sind. Als Erstes gehe ich in diesem Zusammenhang auf die sog. „leibliche Disposition“ ein, die das typische „Klima“ der leiblichen Regungen einer Person bezeichnet. Die Schmitzschen Konzepte der primitiven und der entfalteten Gegenwart sind zwei Pole des menschlichen Personseins, welche die Polarität zwischen dem leiblichen Gebunden-Sein im Hier und Jetzt und der Möglichkeit zu dessen Überstieg bezeichnen. Es zeigt sich hier eine Nähe zu Plessners Verständnis der Person. Wie Schmitz die leibliche Intersubjektivität begreift, stelle ich anhand seiner Begriffe der „leiblichen Kommunikation“ bzw. der „Einleibung“ dar (vgl. II 4.4). In Kapitel II 4.5 zeige ich auf, welche Bedeutung dem menschlichen Eingebunden-Sein in Situationen zukommt. Situationen sind laut Schmitz u.a. für die zwischenmenschlichen Kontakte grundlegend. Schließlich resümiere ich Schmitz' Theorien und reflektiere, was sie für meine eigene Untersuchung bedeuten (vgl. II 4.6).

#### II 4.1 Die Leiblichkeit als spürbare Erfahrung

Bei der Bestimmung des Leiblichen geht Schmitz von der menschlichen Erfahrung aus, dass der eigene Körper nicht nur mithilfe der „Sinneswerkzeuge“ wahrgenommen werden kann, sondern dass der Mensch auch unmittelbar in der Gegend dieses Körpers etwas von sich spürt (z.B. Hunger, Durst, Schmerz, Angst, Behagen, Müdigkeit) (Schmitz 2005a, 5). Das sinnlich Wahrgenommene bezeichnet Schmitz als „körperlich“ und „[...] das in der Gegend des eigenen Körpers als zum eigenen Wesen gehörig unmittelbar (unsinnlich) Gespürte oder Empfundene [...]“ als „leiblich“ (ebd.).

Er bestimmt das Leibliche aber noch präziser, indem er auf die Begriffe des „absoluten“ und des „relativen“ Ortes zurückgreift. „Relativ heißt [...] ein Ort, wenn er durch räumliche Orientierung bestimmt ist, d.h. durch ein System von Lage- und Abstandsbeziehungen, wodurch mehrere Orte einander wechselseitig identifizierbar werden lassen. Absolut heißt ein Ort hingegen, wenn er unabhängig von räumlicher Orientierung bestimmt oder identifizierbar ist“ (ebd., 6). Das Leibliche ist somit als das definiert, „[...] was sich an einem absoluten Ort befindet“ (Schmitz 1986, 81). Dagegen ist die Örtlichkeit des Körperlichen „relativ“ und das Seelische – gemeint sind die seelischen Gefühle – ist „ortlos“ (vgl. Schmitz 2005a, 6). Gewöhnlich ist uns der Leib als „körperlicher Leib“ gegeben, d.h. in einer Vereinbarkeit von absoluter und relativer Örtlichkeit, was Schmitz an folgendem Beispiel illustriert: Zwicket es einem am Fuß, so spürt man dies unmittelbar, auch ohne hinzugreifen

oder hinzusehen, zugleich spürt man aber auch deutlich, dass sich dies unterhalb der eigenen Knie abspielt (vgl. ebd., 24 f.).

Nicht nur die absolute Örtlichkeit und die spürbare Erfahrung ohne die „äußeren“ Sinne definieren den Leib, sondern auch seine unteilbare Ausdehnung. Schmitz (1986, 79) spricht von einem „prädimensionalen“ Volumen des leiblich Gefürten und vergleicht es u.a. mit dem Phänomen des Schalls: Der Schall besitzt durchaus Volumina, z.B. schwellende, ausladende oder spitze Qualitäten, jedoch sind diese unteilbar ausgedehnt.

Der Leib ist zudem dadurch charakterisiert, dass er teilheitlich und ganzheitlich gefür wird. Was ist damit gemeint?

Im Zusammenhang mit den teilheitlichen Regungen des Leibes führt Schmitz den Begriff der „Leibesinseln“ an. Sie werden an konkreten Leibesgegenden gefür und begegnen dem Spürenden „[...] wie ein Gewoge verschwommener Inseln in größerer und geringerer Zahl, dichter oder dünnerer Verteilung“ (ibd., 78). Typischerweise befinden sich die Leibesinseln „[...] in beständiger, gewöhnlich fast unbemerkter Wandlung [...]“ und sie ermangeln „[...] des scharfen Umrisses und der beharrlichen Lagerung [...]“ (ibd.).<sup>52</sup> Schmitz' Bestimmung der teilheitlichen leiblichen Regungen besagt also, dass die entsprechenden Empfindungen (z.B. Schmerz, Kitzel, Jucken etc.) auf einzelne Leibesinseln verteilt sein müssen – auch wenn sie zufälligerweise einmal in allen Leibesinseln gleichermaßen stattfinden (ibd., 79).

Die ganzheitlichen Regungen des Leibes tauchen die Person dagegen in ein Klima des leiblichen Befindens, das „[...] mit einem Schlage den spürbaren Leib durchzieht“ (ibd.). Sie haben allesamt absolute Orte, weisen somit keine Ränder im eigenleiblichen Spüren auf und entziehen sich einer Lokalisierung im perzeptiven Körperschema (ibd., 80). Beispiele ganzheitlicher Leibesregungen sind das Behagen, das den Leib ganzheitlich durchflutet, wenn man in einer warmen Badewanne sitzt oder Empfindungen der Frische, der Mattigkeit oder der Müdigkeit (vgl. ebd., 77 ff.).

Um die Struktur des Leiblichen zu analysieren, entwickelt Schmitz ein differenziertes Kategoriensystem, das er auch als „Alphabet der Leiblichkeit“ bezeichnet (Schmitz 2005a, 169). Abgesehen vom bereits erörterten Begriff der Leibesinsel zählen u.a. die „Enge“ und die „Weite“ als grundlegendes Kategorienpaar hierzu. Leiblich spüren wir uns „[...] stets eng oder weit in wechselnden Graden oder Mischungsverhältnissen, zwischen Enge und

---

<sup>52</sup> Leibesinseln können auch abhandenkommen, bspw. im Falle des psychischen Krankseins, wie etwa in der Depersonalisation. Auf das Fehlen jenes sonst unaufdringlichen Begleit-Gefür reagieren die davon betroffenen Menschen Schmitz zufolge mit Erschütterung (vgl. Schmitz 2005a, 26 f.).



Weite durch Engung (zur Enge hin) und Weitung (zur Weite hin) pendelnd“ (Schmitz 1986, 82). Der stete Wechsel jener beiden elementaren Typen sorgt für die charakteristische Dynamik des leiblichen Befindens (vgl. Soentgen 1998, 21).<sup>53</sup>

## II 4.2 Schmitz' Begriff der Gefühle als Atmosphären

Schmitz' Philosophie der Gefühle würdigt – entgegen der heute üblichen Denkweise, Gefühle seien etwas, das der einzelne Mensch „in sich“ trägt – vor allem die nichtklassischen Gefühle: z.B. räumlich ergossene Atmosphären oder Phänomene, die im Bereich des „Zwischen“ liegen (Beispiele hierfür wären etwa die vielfältigen emotionalen Schwebungen oder „Stimmungen“, die sich zwischen Menschen ereignen) (vgl. Soentgen 1998, 68 und 178). Diese als „exzentrisch“ zu bezeichnende Gefühlstheorie, gemäß der die Gefühle unabhängig von den Menschen im Raum existieren, wird häufig als nicht oder als wenig überzeugend kritisiert (vgl. z.B. ebd., 178; vgl. Küchenhoff 1988, 174). Obschon auch ich sie in verschiedener Hinsicht nicht teile, bietet sie im Zusammenhang mit meiner Untersuchung dennoch interessante Denkanstöße, sodass ich im Folgenden auf einige Aspekte eingehe.

Schmitz hat wie gesagt den Anspruch, die allgemein geläufige Annahme zu widerlegen, die Gefühle existierten in einer unzugänglichen, privaten Innenwelt (vgl. Schmitz 1986, 76 f.). In diesem Zug schält er das sog. „affektive Betroffensein“ als die subjektive Seite des Gefühlslebens heraus und stellt es dem Gefühl selbst gegenüber (Schmitz 1969, XIV). Wie ist dies zu verstehen?

Schmitz begreift Gefühle als „Atmosphären“, in die man hineingerät und die dann entweder mit oder ohne ein leiblich-affektives Betroffensein erfahren werden (vgl. ebd., 91 ff.; vgl. auch Gugutzer 2002, 92). Als ergreifende Atmosphären lösen die Gefühle m.a.W. sowohl ein affektives wie auch ein leibliches Betroffensein aus (Schmitz 1986, 98). Ein affektives Betroffensein meint die Tatsache, „[...] daß mir etwas nahegeht“ (Schmitz 1969, 93). Dazu bezeichnet es „[...] das Betroffensein eines Subjekts von leiblichen Regungen oder Gefühlen, wodurch diese zu eigenen des betreffenden Subjekts werden [...]“ (ebd.,

---

<sup>53</sup> Folgende Momente machen die Kategorien des Leiblichen insgesamt aus: „[...] Enge, Weite, Engung, Weitung, Richtung, Spannung, Schwellung, Intensität, Rhythmus, (leibliche Ökonomie als das Ganze von Intensität und Rhythmus), privative Weitung, privative Engung, protopathische Tendenz, epikritische Tendenz, Leibinsbildung, Leibinselschwund“ (Schmitz 2005a, 170). Protopathisch meint eine als verschwimmend/dumpf gespürte, epikritisch dagegen eine „scharf“ empfundene leibliche Regung. – Schmitz entwickelt das Kategoriensystem ausführlich in: ebd. (73 – 172).

138).<sup>54</sup> Exemplarisch für das affektive Betroffensein sind etwa das traurige, selige, wollüstige, ängstliche, schmerzliche oder beklommene Betroffensein (ebd., 91). Schmitz misst dem affektiven Betroffensein von Gefühlen überdies einen – seines Erachtens häufig feststellbaren – spannungsreichen und dialogisch-dynamischen Charakter der Überwältigung zu, sodass die Gefühle nicht eigentlich als Zustände, sondern quasi als Gegenspieler des Betroffenen gelten (vgl. ebd., 144).

Neben dem affektiven Betroffensein bzw. der Ergriffenheit durch das Gefühl können Gefühle als Atmosphären auch bloß wahrgenommen werden (Schmitz 1986, 98). Dies widerfährt „[...] z.B. einem Teilnehmer einer Karnevalsveranstaltung, wenn ihn die alberne Lustigkeit als Atmosphäre nicht ansteckt, sondern traurig macht“ (ebd., 98 f.).

Interessant ist nun, dass Schmitz dadurch zu seiner Theorie der Gefühle gelangt, dass er die wichtige Rolle der klimatischen Atmosphären für das emotionale Leben des Menschen hervorhebt und dies gewissermaßen auf das Phänomen der Gefühle überträgt (vgl. Soentgen 1998, 66). Welche Bedeutung die Atmosphären laut Schmitz haben, möchte ich im Folgenden kurz aufgreifen.

Nahe verwandt mit den Gefühlen sind die klimatisch-thermischen Atmosphären – also das Wetter – sowie die jahres- und tageszeitlichen Atmosphären (z.B. die Frühlings-, Herbst-, Abend- oder Morgenatmosphäre), die alle „randlos“ in der Weite ergossen sind (Schmitz 1969, 98). Als überpersönliche Atmosphären können sie einen Menschen leiblich ergreifen, sodass bisweilen der „[...] spürbare eigene Leib [...] in die einbettende, überpersönliche Atmosphäre eingeschmolzen [...]“ ist (ebd., 101). Schmitz zufolge bestehen aufgrund der Verwandtschaft von Gefühlen und Klimata überdies viele Grenzfälle, in denen die beiden Phänomene ineinander übergehen: Das Gefühl ist dann „[...] als eine Art von Wetter oder das Wetter als eine Art von Gefühl anzusehen. Das trifft bspw. für [...] die feierlich stille oder auch leere überpersönliche Stimmung des Sonntags [zu, C.J.] oder die spannungsgeladenen, von diffuser Erregung vibrierenden Atmosphären [...], man spricht dann gern von ‚dicker Luft‘ [...]“ (ebd., 362).

In Schmitz' Sichtweise ist zwischen den Dingen also keine „Leere“, sondern i.d.R. sind dort die Atmosphären. Sie greifen – zwar nicht in einem automatischen Prozess – in den Resonanzboden des leiblichen Befindens und somit tief ins menschliche Dasein ein und haben eine Auswirkung auf das menschliche Befinden und Handeln (vgl. Soentgen 1998, 72).

---

<sup>54</sup> Schmitz unterteilt die Affekte in die beiden Klassen der leiblichen Regungen und der Gefühle. Sie bilden das „Wovon“ des affektiven Betroffenseins (vgl. Schmitz 1969, 138).

### II 4.3 Leib und Personsein

In den nachkommenden Abschnitten werde ich die Aspekte darlegen, die Schmitz zufolge das Personsein bestimmen. Es sind dies erstens die sog. leibliche Disposition und zweitens die Konzepte der entfalteten und der primitiven Gegenwart. Schmitz entwickelt diese Konzepte in Verbindung mit dem von ihm eingeführten philosophischen Prinzip der Gegenwart (vgl. Gugutzer 2002, 99).<sup>55</sup> Drittens geht es um die Begriffe der personalen Emanzipation und Regression, die mit den Begriffen der entfaltenden und der primitiven Gegenwart zusammenhängen.

Die leibliche Disposition beschreibt das typische „Klima“ der leiblichen Regungen einer Person. Um die Bedeutung der leiblichen Disposition für die Persönlichkeit zu veranschaulichen, verwendet Schmitz eine Metapher aus der Musik: „Die leibliche Disposition [...] bildet [...] gleichsam den stützenden Baß zur Oberstimme des persönlichen Charakters; es handelt sich um ein relativ beharrendes, obwohl der Wandlung fähiges ‚Klima‘ ganzheitlicher leiblicher Regungen, das das leibliche Befinden einer Person eigentümlich tönt und für dieses schicksalhaft ist“ (Schmitz 1986, 101).

Gugutzer weist darauf hin, dass die leibliche Disposition, wie Schmitz sie versteht, in zweierlei Hinsicht bedeutsam ist (vgl. für den folgenden Abschnitt: Gugutzer 2002, 96 ff.): Sie ist zum einen nicht nur am eigenen Leib, sondern auch am Körper spürbar, z.B. an der individuellen Prägung des Gangs, der Mimik, der Gestik oder der Stimmlage. Hierdurch findet sie im gewohnheitsmäßigen oder habitualisierten Verhalten ihren Niederschlag. Zum anderen bildet die leibliche Disposition die Grundlage dafür, wie persönliche Lebenserfahrungen gemacht und verarbeitet werden. Sie bestimmt also entscheidend die Art und Weise, wie ein Individuum von Erfahrungen leiblich-affektiv betroffen sein kann und mit dieser Betroffenheit umgeht. Obwohl die leibliche Disposition einen erheblichen Einfluss darauf ausübt, wie ein Individuum die Umwelt wahrnimmt und Erfahrungen verarbeitet, kann sie Schmitz zufolge dennoch nach allen Richtungen, die in Bezug auf die Struktur der Leiblichkeit gegeben sind, qualitativ umgestimmt werden. Eine entsprechende Umstimmung kann z.B. im Fall einer einschneidenden Krankheit oder einer Verlusterfahrung erfolgen.

Die Konzepte der primitiven und der entfalteten Gegenwart bzw. der personalen Emanzipation und Regression verweisen darauf, dass das Personsein durch eine

---

<sup>55</sup> „Gegenwart“ begreift Schmitz in diesem Kontext etwa im Sinne von „Geistesgegenwart“, nämlich als „[...] das Plötzliche, Weckende, Pointierende [...], den Gegenspieler des Dahinlebens und der chaotischen Mannigfaltigkeit“ (Schmitz 1986, 100 f.).

Verschränkung von spürbarer Selbstgewissheit und Selbstdistanzierung gekennzeichnet ist. Was das bedeutet, erläutere ich im Folgenden.

Laut Schmitz bewegt sich das menschliche Leben immer zwischen den Polen der primitiven und der entfalteten Gegenwart (Schmitz 1986, 100). Dabei lebt der „[...] wache, besonnene Mensch [...] in entfalteter Gegenwart. Als personales Subjekt steht er über dem Hier und Jetzt, an das er leiblich gebunden ist, das Dasein überholend [...] sowie fähig, die Form der Eindeutigkeit, der Identität und Verschiedenheit, nach allen Richtungen seiner Erfahrung (z.B. erwartend oder erinnernd) in den Weltstoff zu projizieren“ (ebd.). Dieser Seinsweise setzt Schmitz durch den Begriff der primitiven Gegenwart „das elementar-leibliche Betroffensein“ und „das Ur-Dieses“ gegenüber: Leiblich zu sein, heißt in der primitiven Gegenwart, in die Enge getrieben werden zu können (Schmitz 1992, 565). Die gemeinten Momente oder Situationen, die den Menschen in die Enge treiben, werden z.B. bei heftigem Schreck, bei fürchterlicher Angst oder Scham, in allen Panikzuständen oder im Orgasmus erfahren (vgl. Schmitz 1986, 100). Aus eben jenen Situationen bezieht der Mensch die Gewissheit, da zu sein. „Es sind die elementaren leiblichen Regungen, an denen einem Menschen klar wird, daß es um *ihn selbst* geht“ (Soentgen 1998, 50; Hervorhebung im Original).

Der Mensch also kann in der entfalteten Gegenwart, indem er nicht mehr in reiner leiblicher Betroffenheit gefangen ist, in ein selbstdistanziertes Verhältnis zu sich treten. Durch die Fähigkeit, die eigene Situation zu übersteigen bzw. sich von ihr zu lösen, ist auch eine entwickeltere Form des Selbstbewusstseins gegeben. Jedoch verbindet Schmitz die Urform des Selbstbewusstseins in der primitiven Gegenwart, in welcher der Mensch quasi dem Tier gleich ist, keinesfalls mit irgendeiner Form der Abwertung (vgl. Soentgen 1998, 51).<sup>56</sup>

Durch die Hin-und-her-Bewegung zwischen der „personalen Emanzipation“ und der „personalen Regression“ erhält das Personsein überdies einen dynamischen Aspekt. Die personale Emanzipation bezeichnet das Sich-Lösen aus der primitiven Gegenwart: „Mit Entfaltung der Gegenwart zieht sich Subjektivität [...] in wechselndem Ausmaß von Tatsachen des eigenen Soseins zurück, die dann zu bloß objektiven Tatsachen werden [...]“ (Schmitz 1986, 101). Dabei kann die personale Emanzipation mehr oder weniger weit gehen

---

<sup>56</sup> Mit der Unterscheidung zwischen primitiver und entfalteter Gegenwart zeigt sich auch eine Nähe zu der von Plessner beschriebenen zentrischen bzw. exzentrischen Positionalität (vgl. auch Gugutzer 2002, 100). In einem ähnlichen Sinn wie bei Plessner grenzt die primitive Gegenwart das Tier von der Pflanze ab. Die Entfaltung der Gegenwart unterscheidet den Menschen (und einige Übergangsformen in den Spitzen des Tierreichs) gemäß Schmitz dann wiederum vom Tier (vgl. Schmitz 1986, 100).

und in verschiedenen Stilen ablaufen. Demgegenüber entspricht die personale Regression dem „[...] Rückfall in primitive Gegenwart oder in Richtung auf diese [...], z.B. beim Lachen und Weinen [...] sowie in Sucht, Hysterie und Panik [...] und in jeder plötzlichen Erschütterung der Person. Auch die personale Regression durchläuft unterscheidbare Niveaus [...]“ (ebd.). Die personale Regression ereignet sich außerdem bei jedem affektivem Betroffensein. Schmitz erachtet dies für das menschliche Leben als überaus wichtig, da dem Leben ansonsten das Schicksalhafte, das Erlittene, aber auch die Fülle fehlen würden (vgl. Soentgen 1998, 52).

## II 4.4 Einleibung und leibliche Kommunikation

Für die soziale Dimension der Leiblichkeit verwendet Schmitz die Begriffe der „Einleibung“ bzw. der „leiblichen Kommunikation“ (vgl. Schmitz 1986, 84 ff.). Durch sie hebt er, wie ich aufzeigen werde, einen bestimmten Aspekt des leiblichen Kommunizierens hervor, bei dem der Umweg über das reflektierende Bewusstsein wegfällt. Eine gewisse Ähnlichkeit zu der von Merleau-Ponty beschriebenen Unmittelbarkeit der Kommunikation wird somit erkennbar.

Schmitz geht davon aus, dass das leibliche Befinden in sich bereits dialogisch sei, u.a. durch die intensive und rhythmische Konkurrenz von Spannung und Schwellung (Schmitz 1986, 84).<sup>57</sup> Seines Erachtens wird der innerleibliche Dialog – z.B. der zwischen Engung und Weitung oder zwischen Spannung und Schwellung – exteriorisiert: Er überschreitet den eigenen Leib und wird in der leiblichen Kommunikation mit einem Partner unmittelbar fortgesetzt.<sup>58</sup> In diesem Geschehen wird der eigene Leib in meist flüchtige, stets leiblich-dialogische Einheiten aufgenommen bzw. eingebettet, welche die Struktur des leiblichen Befindens haben und ihn mit Partnern oder auch Gegenständen dynamisch-kommunikativ zusammenfassen (ebd., 86). Hierfür steht der Begriff der „Einleibung“.<sup>59</sup> Man kann die

---

<sup>57</sup> Unter Spannung und Schwellung versteht Schmitz Mischungen aus Enge und Weite. „Bei der Spannung liegt ein Übergewicht der Engung vor, bei der Schwellung ein Übergewicht der Weitung“ (Soentgen 1998, 21).

<sup>58</sup> Küchenhoff (vgl. im Folgenden: 1988, 174 f.) kritisiert in diesem Kontext – wie ich finde, zu Recht –, dass Schmitz keinen Unterschied zwischen dem innerleiblichen und dem fremdleiblichen Dialog anerkennt. Aufgrund des Exteriorisierungsgedankens werde das eigenleibliche Spüren als ursprünglich angenommen, die leibliche Intersubjektivität bleibe demzufolge abgeleitet und sekundär. Laut Küchenhoff entgehen der Schmitzschen Theorie auf diese Weise die intersubjektiven Prägungen des eigenleiblichen Spürens. Das Bauchweh des Babys wählt Küchenhoff zur Veranschaulichung hierfür: Es ist als leibliche Regung zunächst zwar der Introspektion des Kindes zugänglich, als Hungergefühl kann es schließlich jedoch nur anhand der Reaktionen der Mutter verstanden werden.

<sup>59</sup> Es muss sich also nicht unbedingt um Personen handeln, sondern auch ein faszinierendes Ding oder Thema können Partner der Einleibung sein (vgl. Schmitz 1986, 87).

Einleibung auch „[...] als Eingehen des eigenen Leibes in übergreifende Ad-hoc-Leiber oder [...] Quasi-Leiber verstehen“ (ebd.).

Schmitz unterscheidet zudem die einseitige Einleibung, wenn die dominierende Rolle unter den Partnern fest zugewiesen ist (z.B. in der Faszination oder der Hypnose), von einer wechselseitigen Einleibung, die für die Kontakte unter Menschen (und auch Tieren) seiner Meinung nach die weitaus bedeutsamere ist (vgl. ebd., 88). Die wechselseitige Einleibung gilt seines Erachtens als „[...] der wichtigste ‚Meßfühler‘, wodurch Menschen ihr Verhalten aufeinander abstimmen“ (ebd.).

In Bezug auf das Konzept der Einleibung betont Schmitz, dass es sich um das bloße Geschehen einer Einbettung und nicht etwa um eine Projektion auf oder Einfühlung in den Anderen handelt (ebd., 87). Man spürt den Anderen, wie er sagt, am eigenen Leib (ebd., 89). „Den verhaltenen Zorn, den Ärger, das Unbehagen eines Anderen spürt ein empfänglicher Mensch nicht bloß an dessen Gesichtsausdruck oder anderen Symptomen der Gestalt und des Benehmens, sondern ebenso oder eher noch am eigenen peinlichen, befremdeten oder erschrockenen Betroffensein; des Behagens, der entspannten Aufgeschlossenheit des Anderen wird er in gewissem Maß dadurch inne, daß ihm selbst dabei das Herz aufgeht“ (ebd.). Das sich bildende leiblich-dialogische Ganze, in dem der fremde Anteil so gut wie der eigene ins Gewicht fällt, befähigt einen somit dazu, direkter und subtiler etwas über den Anderen zu erfahren, als die analysierende oder gezielte Beobachtung von Mimik, Gestik und Körperhaltung es vermöchten (ebd.).<sup>60</sup>

Dadurch, dass der Andere am eigenen Leib empfunden wird, so mein Resümee, betont Schmitz ein ganz bestimmtes Moment der leiblichen Kommunikation. Dieses bestimmt die sozialen Situationen seiner Ansicht nach in vielfältigster Weise. Denn das, was man vom Anderen am eigenen Leib spürt, wird laut Schmitz meist auch in irgendeiner Weise in das eigene Handeln aufgenommen.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> Waldenfels kritisiert an Schmitz' Konzipierung das Überspielen der Differenz von Eigenem und Fremdem. Der Umstand, dass die Anderen am eigenen Leib gespürt werden, bedeutet seiner Meinung nach, dass Schmitz den Selbstbezug *vor* den Fremdbezug setzt: „Der Andere taucht als etwas auf, das ich *an mir* spüre“ (Waldenfels 2000, 272). Dies setzt Waldenfels zufolge eine Eigenheit voraus, die nicht als Differenzbestimmung gefasst wird (ebd., 283). Eigenheit setze aber immer schon eine Sphäre oder Instanz voraus, von der ich mich absetze (ebd.). Zwar bin ich auf mich bezogen, jedoch nur, indem ich auch schon auf anderes und Andere aus bin (ebd., 284).

<sup>61</sup> In einer Gesprächssituation zeigt sich dies z.B. darin, dass der frische den müden Gesprächspartner durch ein belebendes Thema mitzureißen vermag, sich gleichzeitig aber der Gefahr aussetzt, von der Müdigkeit selbst angesteckt zu werden (vgl. Schmitz 1986, 87).

## II 4.5 Die situative Verortung des Menschen

Schmitz entwickelt seine Situationstheorie im Rahmen seiner Philosophie relativ spät, indem er in seinen Analysen zuerst „implizit“ auf die Zusammenhänge zwischen Gefühl und Situation eingeht (vgl. Soentgen 1998, 146). Gedanklicher Ausgangspunkt ist hierbei, dass Gefühle meistens in Situationen eingebunden sind bzw. in Situationen einbrechen (vgl. Schmitz 2009, o.S.).<sup>62</sup> Es gibt also kaum ein Gefühl, das nicht vor dem Hintergrund einer spezifischen Situation auftaucht. Dies führt schließlich zu einer umfassenden Theorie der Situation, gemäß der Situationen immer schon da sind und Menschen stets durch Situationen aller Art hindurchgehen.<sup>63</sup>

Der Schmitzsche Situationsbegriff unterscheidet sich wesentlich von den entsprechenden sozialwissenschaftlichen Begriffen (vgl. Uzarewicz/Moers 2012, 107). Situationen sind für Schmitz grundlegend und immer schon da, wenn Menschen irgendwie miteinander in Kontakt treten. Dabei ist in einer Situation alles vorhanden, aber noch ohne Unterschied, d.h. ohne Identität und Differenz. Schmitz bezeichnet dies als binnendiffus und chaotisch-mannigfaltig (ebd., 107 f.).<sup>64</sup> In einem allgemeinen Sinn definiert Schmitz (1977, 416) die „Situation“ somit als eine „[...] chaotisch-mannigfaltige Ganzheit, in der Sachverhalte vorkommen [...]“.

Was versteht er darunter? Zunächst, dass Situationen ganzheitlich zusammengehalten und nach außen hin abgeschlossen sind, und des Weiteren, dass in ihnen diffuse Bedeutsamkeiten maßgeblich wirksam sind (vgl. Schmitz 2009, o.S.). Die Geladenheit mit Bedeutsamkeit meint dabei, dass die Situation als Ganzes etwas zu sagen hat und dass die Bedeutungsgehalte sich also nicht deutlich voneinander unterscheiden lassen (vgl. auch Uzarewicz/Moers 2012, 108). Laut Schmitz sind die einzelnen Bedeutungen der Situation zumindest „Sachverhalte“, sie können zudem auch „Programme“ oder „Probleme“ sein. Der Begriff „Sachverhalt“ besagt „[...] dass etwas ist; ein Programm bedeutet, dass etwas sein

---

<sup>62</sup> So gibt es bspw. Situationen, die Scham „ansaugen“, typischerweise, wenn jemand sich aus der Unauffälligkeit hervorwagt und sich dies dann als eine ungehörige Initiative erweist (vgl. Soentgen 1998, 147).

<sup>63</sup> Heinrich Rombach (vgl. z.B. 1987) entwirft im Rahmen seiner „Strukturanthropologie“ – einer Weiterentwicklung der deutschen phänomenologischen Philosophie – ebenfalls ein Konzept der Situation, das auf dem Gedanken basiert, dass Situationen für den Menschen unausweichlich und absolut existenziell sind. Es weist z.T. Ähnlichkeiten mit dem Konzept von Schmitz auf.

<sup>64</sup> Am Beispiel des Wassers kann veranschaulicht werden, dass der Begriff „chaotisch“ keinesfalls einen Beigeschmack des „Wirren“ oder „Unordentlichen“ hat. Blickt man an einem windstillen Tag über das Meer oder einen See, so nimmt man das Wasser als ein Mannigfaltiges wahr, in dem sich jedoch nicht Bestandteile als voneinander „verschieden“ abheben (vgl. Schmitz 1977, 412).

soll oder erwünscht ist; ein Problem bezieht sich auf die Frage, ob etwas ist“ (Julmi/Scherm 2012, 19; mit Bezugnahme auf Schmitz 2010).<sup>65</sup>

Entscheidend ist überdies, dass Situationen auf einen Schlag erfasst werden (etwa in der Situation einer Gefahr), sodass man sie nicht einzeln analysieren, sondern ganzheitlich beantworten muss (Schmitz 2009, o.S.). Dies expliziert Schmitz an verschiedenen Vollzugsformen der Lebenserfahrung. So gibt es etwa „[...] die leitende Intelligenz des ganzheitlichen ersten Eindrucks [...]“, der einem durch das chaotisch Mannigfaltige der Situation zur Verfügung steht (Schmitz 1977, 430). Auch das Verstehen bedeutet ein „[...] intuitives Erfassen einer Ganzheit, das sich seinen Gehalt nicht beliebig in Form einzelner Tatsachen aufzählen kann, sondern abwarten muß, daß diese ihm geschenkt werden [...]“ (ebd., 434).

Im menschlichen Miteinander wirken die diffusen Bedeutsamkeiten von Situationen auf unterschiedliche Arten und Weisen (Schmitz 2009, o.S.). Gemeinsame Situationen und die entsprechenden Bedeutsamkeiten basieren zum einen auf der Gewohnheit im Umgang miteinander (Julmi/Scherm 2012, 20). Als ihre Quelle bzw. ihr Nährboden dient zum anderen vor allem die leibliche Kommunikation der Einleibung, denn der Mensch ist leiblich in die gemeinsame Situation eingelassen (ebd.).

Die „persönliche Situation“<sup>66</sup> des Menschen gilt schließlich als offen und als in andere Situationen eingebettet (z.B. in die familiäre Umgebung, in den Beruf, in Nachbarschaften usw.). Sie ist voller Dynamik – Motoren hierbei sind die personale Regression und Emanzipation sowie die primitive und entfaltete Gegenwart – und ist überdies wesentlich geschichtlich (vgl. Soentgen 1998, 145). Im Zusammenhang mit Letzterem ist auch der Umstand von Bedeutung, dass persönliche Situationen leiblich nachwirken und ohne bewusste Erinnerung spürbar werden können, indem die leiblichen Spuren sich als Leibgedächtnis bzw. implizites Gedächtnis realisieren (vgl. Uzarewicz/Moers 2012, 108).

---

<sup>65</sup> Am Beispiel der Sprache lässt sich das Gemeinte verdeutlichen: Natürliche Sprachen sind Situationen, die aus Programmen bestehen, nämlich den Regeln für die Rede. Diese müssen der Person selbst und auch anderen keinesfalls sofort und immer offensichtlich sein (vgl. Schmitz 1977, 421). „Wer kennt schon alle Grammatikregeln der Muttersprache und kann diese erklären? Ich richte mich in meiner Sprache auf eine bestimmte Art und Weise ein, gehe mit ihr um. Gerade beim Erlernen einer neuen Sprache kann man spüren, was es bedeutet, diese Sprache zu sprechen, um sich zu verständigen, und in dieser Sprache zu leben“ (Uzarewicz/Moers 2012, 108).

<sup>66</sup> Schmitz ersetzt durch diesen phänomenbezogenen Begriff gewissermaßen denjenigen der Seele oder des Psychischen (vgl. Soentgen 1998, 144).



## II 4.6 Resümee und Reflexionen zu Schmitz in Bezug auf meine Untersuchung

Dass der Leib vom Spüren her gedacht wird, ist der zentrale Aspekt von Schmitz' Leibphilosophie. Neben den Kriterien der absoluten Örtlichkeit und der unteilbaren Ausdehnung bestimmt Schmitz den Leib als das, was an (teilheitlichen und ganzheitlichen) leiblichen Regungen an ihm gespürt oder empfunden wird, z.B. die Leibesinseln oder Empfindungen wie Behagen, Durst, Mattigkeit etc. Der Körper dagegen umfasst das mit den Sinnesorganen äußerlich Wahrgenommene, also das, was getastet, gesehen, gehört wird.

Das polare Zusammenspiel von Momenten wie Engung und Weitung oder Spannung und Schwellung sorgt für eine Dynamik, was das Spüren am eigenen Leib angeht. Des Weiteren ist der Leib ein Resonanzboden oder Resonanzkörper „[...] für Atmosphären, die uns umgeben, für Stimmungen und Gefühle, die wir erleben“ (Fuchs 2000a, 90). Spüren meint somit „[...] ein affektives Betroffensein, das jeweils mich als den, der jeweils spürt, angeht und niemanden an meiner Stelle“ (Waldenfels 2000, 269). In der Konsequenz gibt es Schmitz zufolge ohne das leibliche Spüren im Hier und Jetzt auch keine Person bzw. kein Selbst (vgl. Uzarewicz/Moers 2012, 105).

Einerseits prägt ein typisches Klima ganzheitlicher leiblicher Regungen das Personsein: die „leibliche Disposition“. Diese bestehende Struktur schließt jedoch Möglichkeiten der Änderung mit ein. Die Dynamik des Personseins beruht auf einer Pendelbewegung, die sich zwischen den Polen der entfalteten und der primitiven Gegenwart abspielt, nämlich zwischen dem Überstieg des leiblich bindenden Hier/Jetzt („personale Emanzipation“) und dem elementaren leiblichen Betroffensein („personale Regression“).

Die Grundform des Aufeinander-Eingehens erfolgt durch die wechselseitige „Einleibung“. Diese Art der leiblichen Kommunikation gilt laut Schmitz (1992, 564) als „[...] Quelle der „unbefangenen [...] Du-Evidenz [...]“. Auch gemeinsame Situationen basieren auf der Einleibung.

Nach diesem Resümee überlege ich, welche Anregungen sich aus der Schmitzschen Leibphilosophie für meine Untersuchung ergeben.

Die individuelle „leibliche Disposition“ hat einerseits einen großen Einfluss darauf, wie jemand mit Ereignissen, Eindrücken und Herausforderungen umgeht. Durch neue und andersartige Erfahrungen kann sie jedoch verändert und erweitert werden. Dass gerade Krankheiten und Krisen Anlass solcher Veränderungen sind (vgl. auch Gugutzer 2002, 98), ist relevant, da eine seelische Erkrankung somit auch als Chance zur Veränderung begriffen werden kann (z.B. um neue gesundheitszuträgliche Haltungen zu entwickeln).

Im Anschluss an Schmitz stellt das Spüren ein wichtiges Orientierungsmuster des Menschen dar. Spürend können wir deshalb auch Erkenntnis gewinnen. Durch das leibliche Befinden bspw. erlangen wir Selbsterkenntnis, Erkenntnis der Anderen und der Umgebung (vgl. Soentgen 1998, 62). Dieser Gedanke ist im Hinblick auf das theoretische Verständnis der Selbstsorge bedeutsam.

Außerdem ist davon auszugehen, dass das Spüren und das leibliche Befinden gesundheitsrelevant sind: Leibliche Regungen – etwa Frische, Freude, wohlige Gefühle, Mattigkeit, Beklommenheit oder dumpfes Zumutesein – können mit dem Wohl- oder Missbefinden einer Person verbunden sein. Auf die Ausbildung eines entsprechenden Gespürs kann im Rahmen der Gesundheitsförderung daher ein Augenmerk gelegt werden.<sup>67</sup>

Aufgrund unserer leiblichen Resonanzfähigkeit entfalten Atmosphären und Stimmungen eine Wirkung. Zwar motivieren sie Handlungen nicht direkt, spielen als diffuse Handlungshintergründe aber eine nicht zu unterschätzende Rolle (vgl. ebd. 1998, 69). Das Zusammenspiel von subjektivem Empfinden und atmosphärischen Wirkungen zu berücksichtigen, ist für die Konzipierung einer an der individuellen Selbstsorge ansetzenden Gesundheitsförderung interessant. Desgleichen ist das „Klima“ des sozialen Miteinanders im Rahmen von Gesundheitsfördersettings zu berücksichtigen.<sup>68</sup>

## II 5 Der Mensch als Sinnsuchender: Der philosophisch-therapeutische Ansatz Viktor Frankls

Wie an früherer Stelle erwähnt, postuliert Frankl die prinzipielle Ausrichtung des Menschen am Sinn. Die Suche nach Sinn bestimmt er als zentrales anthropologisches Merkmal (vgl. II 5.2). Bevor ich hierauf eingehe, erörtere ich, wie Frankls Theorie der Sinnorientierung und Sinnsuche in allgemeiner philosophischer Hinsicht eingeordnet werden kann (vgl. II 5.1). In Kapitel II 5.3 resümiere und reflektiere ich die Untersuchungsrelevanz von Frankls Positionen.

### II 5.1 Einleitende Gedanken zur menschlichen Sinnorientierung

Bereits im Zusammenhang mit der Leibphänomenologie Merleau-Pontys wurde die Frage des Sinns thematisch: Aufgrund der Leiblichkeit steht der sinnlich-sinnstiftende Mensch mit

---

<sup>67</sup> Ich verweise an dieser Stelle auch auf Schmid (vgl. 1998, 198): Er stellt die Notwendigkeit der „Ausbildung des Gespürs“ im Hinblick auf die Führung eines gelingenden Lebens heraus. Da sich die Sensibilität des Subjekts seiner Ansicht nach im Gespür konzentriert und reguliert, erachtet er das Spüren als notwendig, um z.B. eine persönlich stimmige Wahl treffen zu können (vgl. ebd.).

<sup>68</sup> In der Pädagogik ist die Bedeutung von Atmosphären bekanntermaßen in vielfacher Hinsicht thematisiert worden (vgl. z.B. Bollnow 1965).

der sinnlich-sinnhaften Welt in einem offenen Dialog (vgl. Merleau-Ponty 1966, 160 f.). Da der Mensch als leibliches Subjekt m.a.W. in einer sozialen und ökologischen Lebenswelt („zur Welt“) ist, gilt jede seiner Lebensäußerungen als Sinnstiftung und sein Handeln geschieht immer schon aus einem Horizont gegebener Bedeutungen heraus und richtet sich auf einen zukünftigen Bedeutungshorizont.

Was versteht nun Frankl unter „Sinn“? Für ihn ist der Mensch grundsätzlich ein geistiges Wesen, das Sinn in seiner Existenz zu realisieren versucht. Die Suche nach einem Sinn des eigenen Lebens wird als „[...] die grundlegende Sorge des Menschen“ betrachtet (Frankl 2002a, 120). Der nach Sinn strebende Mensch will demnach wissen, wozu er auf der Welt ist.

Wie eingangs erwähnt, bewegt sich Frankls Ansatz der menschlichen Sinnorientierung auf einem Grenzgebiet zwischen Psychotherapie – Frankl war Psychiater und Neurologe – und Philosophie (z.B. unter Bezugnahme auf die philosophische Anthropologie) (vgl. Ochsmann 2008, 50). Seine Konzepte berühren dazu eine philosophische Tradition, die sich mit der Frage nach dem Sinn des Lebens befasst (vgl. Fehige et al. 2002a).<sup>69</sup> Entgegen einer möglichen Plausibilität oder Akzeptanz im Alltagsverständnis ist die Frage nach dem Sinn des Lebens aus philosophischer Sicht (insbesondere aus derjenigen der analytischen Philosophie) keinesfalls unproblematisch, ja sogar umstritten. So gilt z.B. bereits die Frage als sinnlos oder als falsch gestellt (vgl. z.B. Eagleton 2010, 11 f.). Oder die Definitionen und das Verständnis von „Sinn“ bzw. „Bedeutung“ werden als heikel und missverständlich eingeschätzt (vgl. ebd., 51 ff.). In den unterschiedlichen theoretischen Positionen weisen die Leitmotive im Zusammenhang mit der Frage nach der Sinnhaftigkeit des Lebens – oder umgekehrt: nach seiner Sinnlosigkeit bzw. Absurdität – eine sehr große Spannbreite und Uneinigkeit auf (vgl. Fehige et al. 2002b, 15 ff.).

Auf diese philosophischen Fragestellungen und Problematiken gehe ich im Rahmen meiner Arbeit nicht weiter ein.

Mein Interesse an der menschlichen Sinnorientierung, wie Frankl sie formuliert, bezieht sich ursprünglich auf ihre klinisch-therapeutische Anwendung in der Logotherapie/Existenzanalyse. Im Sinne einer Werteorientierung ist sie auch im Zusammenhang mit der Förderung von Gesundheit relevant. Die Annahme einer absoluten

---

<sup>69</sup> Fehige et al. (vgl. im Folgenden: 2002b, 19 ff.) verweisen darauf, dass die Suche nach dem „Sinn des Lebens“ thematisch sehr alt ist, gewissermaßen so alt wie die Philosophie selbst. Hingegen ist der Ausdruck „Sinn des Lebens“ erst im 19. Jahrhundert üblich geworden. Seit Dilthey gehört er zum festen terminologischen Bestandteil der philosophischen Literatur.

Sinnhaftigkeit des persönlichen Lebens, noch unter extremsten Bedingungen, eröffnet eine Perspektive der Hoffnung. Dieser Aspekt wird auch an Frankls eigener Lebensgeschichte – er war Überlebender mehrerer NS-Konzentrationslager – deutlich.

## II 5.2 Der Wille zum Sinn

Frankl entwickelt in den frühen 1930er-Jahren, ausgehend von sowie in Abgrenzung zu Freuds Psychoanalyse und Adlers Individualpsychologie, einen eigenständigen Ansatz, für den er den Doppelbegriff „Logotherapie und Existenzanalyse“<sup>70</sup> wählt (Batthyany et al. 2011b, o.S.). Dieser wird auch als die „Dritte Wiener Richtung der Psychotherapie“ bezeichnet (ebd.).<sup>71</sup>

Frankl will den biologistischen und psychologischen Rahmen des Menschbildes der damaligen Psychotherapie sprengen, das seines Erachtens überholt ist (vgl. Ochsmann 2008, 50). Das Grundkonzept der Logotherapie/Existenzanalyse leitet sich dabei aus drei philosophischen und psychologischen Leitgedanken ab: aus der Freiheit des Willens, dem Willen zum Sinn und dem Sinn im Leben (vgl. hier und im Folgenden: Batthyany et al. 2011b, o.S.). Frankl sieht den Menschen erstens also nicht nur als bedingtes, sondern als ein grundsätzlich entscheidungs- und willensfreies Wesen, das die Fähigkeit besitzt, zu inneren (psychischen) und äußeren (biologischen und sozialen) Bedingungen eigenverantwortlich Stellung zu beziehen. Jene Gestaltungsfreiheit ist in der geistigen Dimension des Menschen begründet und definiert neben Körper und Psyche die eigentliche Würde bzw. die Persönlichkeit des Menschen.<sup>72</sup> Zweitens besagt der „Wille zum Sinn“, dass die Suche nach Sinn eine menschliche Grundmotivation darstellt: Die Gestaltungsfähigkeit des Menschen sucht nach Möglichkeiten des Ausdrucks in sich und in der Welt. Drittens ist die Logotherapie/Existenzanalyse vom Gedanken getragen, dass der Sinn eine Wirklichkeit in der Welt ist. Diese liegt nicht nur im Auge des Betrachters. Demgemäß ist der Mensch aufgrund seiner Willensfreiheit und Verantwortungsfähigkeit dazu aufgefordert, in sich

---

<sup>70</sup> „Logos“ meint im Zusammenhang mit der Logotherapie „Sinn“ (und nicht etwa „Logik“); „Existenzanalyse“ bezeichnet die „Analyse auf Existenz hin“ (Ochsmann 2008, 51).

<sup>71</sup> Frankl (im Folgenden: 2005/2011, 332 f.) kritisiert, dass die geistige Wirklichkeit des Menschen in den beiden genannten Therapieansätzen zu wenig berücksichtigt wird. Die Psychoanalyse zielt seines Erachtens – dem sog. „Realitätsprinzip“ entsprechend – vorwiegend darauf, die Triebhaftigkeit des neurotischen Menschen an die Außenwelt anzupassen bzw. mit der Realität zu versöhnen. Die Individualpsychologie fordert, wie er findet, zwar eine mutige Gestaltung der Wirklichkeit, indem das kranke Individuum dem Müssen seitens des Es das Wollen seitens des Ich entgegensetzen solle. Jedoch fehlen Frankl zufolge in den Konzepten der Psychoanalyse und der Individualpsychologie wichtige Dimensionen der leiblich-seelisch-geistigen Wirklichkeit des Menschen, und zwar insbesondere die Kategorie der (inneren) Erfüllung.

<sup>72</sup> Vgl. hierzu: Frankl (2005/2011, 320).

selbst und in der Welt das Bestmögliche zur Geltung zu bringen, indem er in jeder Situation den Sinn des Augenblicks erkennt und zu verwirklichen sucht.

Das „[...] Ausgerichtet- und Hingeordnetsein eines Menschen auf eine Welt des Sinnes und der Werte [...]“ (Frankl 2005/2011, 323), wie Frankl es versteht, möchte ich in den folgenden Abschnitten nochmals detaillierter erörtern.

Die menschliche Fähigkeit zur Selbsttranszendierung und zur Selbstdistanzierung bildet die Voraussetzung dafür, dass die Sorge um den Sinn des Daseins ein echtes menschliches Anliegen – und nicht etwa eine Abwehr – darstellt (vgl. ebd.). Frankl entwirft, u.a. mit Bezugnahme auf Scheler und Gehlen, ein Bild des Menschen als eines grundsätzlich weltoffenen Wesens, das immer schon auf Selbsttranszendenz, d.h. auf etwas oder jemanden hin, ausgerichtet ist (vgl. ebd., 350).

Gemäß Frankl wird die Ohnmacht des Menschen gegenüber seiner vielfältigen Gebundenheit (z.B. an das Biologische, Psychologische oder Soziologische) überbetont (ebd., 353). Ohne diese Bindungen zu leugnen, hebt Frankl im Gegensatz dazu das menschliche Frei-Sein hervor (ebd.). Denn seiner Ansicht nach besitzt der Mensch die Fähigkeit, „[...] in ihnen Aufgegebenheiten, Aufgaben der Schicksals- und Lebensgestaltung zu sehen, zu ihnen irgendwie [...] Stellung zu nehmen“ (ebd., 354).<sup>73</sup>

Wie oben gesagt, stellt der „Wille zum Sinn“ ein Grundmotiv der menschlichen Existenz dar. Frankl versteht darunter ein tief verwurzeltes Ringen und Kämpfen des Menschen „[...] um einen höheren und letzten Sinn seiner Existenz. Der Mensch tastet und verlangt nach einem Sinn, den er und nur er erfüllen kann – mit anderen Worten: nach etwas, was wir eine Bestimmung nennen könnten. Er sucht nach einer konkreten, ja einzigartigen Aufgabe, deren Einzigartigkeit zu der Einzigartigkeit seiner Person und einer jeden Situation passt“ (Frankl 2002a, 120).<sup>74</sup> Nicht der Sinn allen Geschehens oder des Weltganzen bzw. der Sinn des Lebens im Allgemeinen steht m.a.W. im Fokus – Frankl (2005/2011, 360) bezeichnet diesen als sog. „Über-Sinn“ –, sondern die Frage nach dem Sinn des einzelnen, persönlichen Lebens. Der Sinn ist somit sowohl subjektiv als auch relativ: Er „[...] steht in einer Relation zur Person – und zur Situation, in die ebendiese Person verwickelt und hineingestellt ist“ (ebd., 371). Den Sinn einer jeweiligen Situation gilt es zu erfassen und zu ergreifen, d.h.

---

<sup>73</sup> In logotherapeutischer Sicht gilt der Mensch also sowohl als „bedingt“ als auch als „unbedingt“, sodass seine Abhängigkeit und seine Freiheit thematisiert werden müssen (Ochsmann 2008, 51).

<sup>74</sup> Selbstverständlich ist der „Wille zum Sinn“ nicht voluntaristisch zu verstehen. Sinn, aber auch Glaube, Liebe oder Hoffnung lassen sich laut Frankl nicht durch ein Appellieren an den Willen „manipulieren“ oder „fabrizieren“. Der Begriff des Willens soll aber das Faktum betonen, dass es dem Menschen zunächst und zuletzt um den Sinn und nichts als den Sinn geht (Frankl 2005/2011, 391 f.).

wahrzuhaben, wahrzunehmen und zugleich wahr zu machen bzw. zu verwirklichen (ebd., 372). Dabei ist das Gewissen als spezifisch menschliches Phänomenen ein „Sinn-Organ“, nämlich die „[...] die intuitive Fähigkeit, den einmaligen und einzigartigen Sinn, der in jeder Situation verborgen ist, aufzuspüren“ (ebd.). Dass einen das Gewissen irreführen kann und dass es bis zuletzt ungewiss oder ein Wagnis bleibt, ob man nicht einer „Sinn-Täuschung“ unterliegt, gilt als typisch menschlich (ebd.).

Wichtig ist somit, dass der Mensch den Sinn nicht selbst definiert oder erzeugt, sondern dass er ihn finden, d.h. in der Welt erspüren muss. Dabei steht es ihm frei, den Sinn zu realisieren oder nicht.

Obwohl der Sinn an die unwiederbringlichen Situationen gebunden ist, bestehen darüber hinaus Sinn-Universalien, die sich „[...] auf die condition humaine als solche beziehen, und diese umfassenden Sinnmöglichkeiten sind es, die Werte genannt werden“ (ebd., 374).

Frankl unterscheidet drei Wertkategorien, die den Menschen auf der Sinn-Suche leiten. Es sind dies der schöpferische Wert, der mit dem Sinn des Schaffens verbunden ist, die Erlebniswerte, die sich auf den Sinn des Liebens oder Genießens beziehen, und zudem der Einstellungswert, der als höchster Wert aufzufassen ist der und mit dem Sinn des Leidens zusammenhängt (Frankl 2002b, 128).

Schöpferische Werte können durch Tun und Handeln, also durch Aktivität erreicht werden. Erlebniswerte werden verwirklicht, wenn „[...] der aktuelle Sinn eines bestimmten Augenblicks im Dasein in bloßem Erleben erfüllt [...]“ wird (z.B. beim hingebungsvollen Hören einer Lieblingsmusik) (Frankl 2005/2011, 376). Das Leben erweist sich aber auch dann noch als sinnvoll, wenn es weder schöpferisch fruchtbar noch reich an Erleben ist. In der Gruppe der Einstellungswerte kommt es darauf an, wie jemand sich zu einer Einschränkung oder Einengung seines Lebens einstellen kann; es geht demnach um Haltungen wie Tapferkeit im Leiden oder Würde, die auch noch im Untergang oder im Scheitern besteht (ebd., 376 f.).

Die Verwirklichung der Werte erfordert stets eine gewisse Wendigkeit oder „Elastizität“, nämlich die Fähigkeit, zwischen den Wertgruppen wechseln zu können. Denn es kann sein, dass eine Situation nur die Verwirklichung eines bestimmten Werts erlaubt (vgl. ebd., 375). Da die Logotherapie/Existenzanalyse einen „Aufgabencharakter des Lebens“ voraussetzt, ist der Mensch für die Verwirklichung der Werte verantwortlich, und zwar entsprechend der Einzigartigkeit seiner Person und der Einmaligkeit jeder Situation (ebd., 383). Je mehr der Mensch den diesbezüglichen Aufgabencharakter seines Lebens erfassen kann, desto sinnvoller wird ihm sein Leben erscheinen (ebd., 386).

Frankl zufolge bleibt das Leben unter allen Umständen immer sinnvoll, denn die geistige Freiheit bleibt dem Menschen bis zum letzten Atemzug erhalten – auch unter extremsten Umständen des Leids – und ermöglicht es ihm, sein Leben sinnvoll zu gestalten (Frankl 2002b, 124).

### II 5.3 Resümee und Reflexionen zu Frankl in Bezug auf meine Untersuchung

Abschließend möchte ich einige untersuchungsrelevante Aspekte im Zusammenhang mit der von Frankl postulierten Sinnorientierung aufzeigen. Dabei interessieren mich vor allem der Gesundheitsbezug und die Betrachtungsweise des seelischen Krankseins. Zuerst resümiere ich jedoch die wichtigsten Gesichtspunkte.

Aufgrund der geistigen Freiheit – sie ist weder kognitiv noch emotional zu verstehen – haben Menschen auch unter extremsten Lebensumständen die Möglichkeit, ihr Leben sinnvoll zu gestalten. Durch diese typisch humane Fähigkeit zur Selbsttranszendierung vermag der Mensch „dagegenzuhalten“ und sich über die psychophysische Faktizität zu erheben (vgl. Lukas 2015, o.S.).

Der Sinn ist immer subjektiv (d.h. einzigartig und auf die Person bezogen) und er muss situativ (d.h. in der Einmaligkeit der jeweiligen Situation) entdeckt und gelebt werden. Somit ist der Einzelne dazu aufgefordert, die Sinnanforderung, die eine Situation an ihn stellt, zu erspüren bzw. wahrzunehmen, um den Sinn dann zu realisieren oder nicht. Frankl setzt in diesem Kontext ein „prämorales Wertverständnis“ voraus, eine Art „Sinn-Organ“, das uns Sinn erahnen lässt und das anspringt, bevor anerzogene Werte ins Spiel kommen (vgl. auch ebd.).

Durch die eben erfolgten Ausführungen wird m.E. deutlich, dass Frankls Anthropologie des Sinns, trotz der damit zusammenhängenden „geistigen“ Dimension der Person, mit einer leiblichen Sichtweise des Menschen vereinbar ist. Auch die für die Sinnrealisierung entscheidenden Wertgruppen des Schöpferischen, des Erlebens und der Einstellung können auf die Ebene der Leiblichkeit bezogen werden. Nimmt man die Gruppe der Einstellungswerte als ein Beispiel, so sind die Haltungen oder die Würde, die ein Mensch z.B. dem Leid gegenüber einnimmt, stets leiblich zu begreifen (vgl. auch Fuchs 2008).

Frankls Prämisse, dass das Leben jedes Menschen unter allen Umständen sinnvoll bleibt (Frankl 2002b, 124), ist für die Betrachtungsweise seelischer Erkrankungen von großer Bedeutung. Sie eröffnet nicht nur eine Perspektive der Hoffnung, sondern betont auch das

menschliche Vermögen, trotz einer schweren psychischen Krankheit, u.a. durch Einstellungswerte, einen sinnhaften Bezug zum eigenen Sein zu gewinnen.<sup>75</sup>

Frankl selbst misst der menschlichen Ausrichtung auf Sinn im Zusammenhang mit Gesundheit und Genesung ein großes Gewicht zu. Eine positive Sinnorientierung gilt seines Erachtens als Mittel der Heilung und steht in einem proportionalen Verhältnis zur seelischen Gesundheit (Frankl 2005/2011, 322 f.). Wenn Menschen Sinn sehen, sind sie aus Sicht der Logotherapie/Existenzanalyse vor seelischen Krankheiten geschützt (Lukas 2015, o.S.). Von einer anthropologisch begründeten Ausrichtung am Sinn auszugehen, erscheint mir daher auch im Hinblick auf die theoretische Fundierung meines Gesundheitsförderkonzepts als angemessen.<sup>76</sup>

Da die Suche nach einem Sinn des eigenen Lebens als die grundlegende Sorge des Menschen gilt, bietet die Sinnorientierung auch einen inhaltlichen Impuls für die Konzipierung der Selbstsorge. Dies ist besonders deswegen der Fall, weil Sinnsuche und Sinnrealisierung bei Frankl situationsbezogen aufgefasst werden.

## II 6 Ergebnis und Ausblick

In Kapitel II habe ich aus leibphänomenologischer und anthropologischer Sicht die theoretische Grundlegung meiner Dissertation dargestellt. Wie eingangs gesagt, richtet sich meine Theoriwahl u.a. gegen eine szientistische Sichtweise der Welt und des Menschen.

Was die leib- und sinnorientierten Perspektiven insgesamt auszeichnet, lässt sich in kurzer Form wie folgt zusammenfassen:

Die körperlich-leibliche Verfasstheit des Menschen ist dadurch ausgezeichnet, dass wir uns als Erwachsene im alltäglichen Erleben beständig zwischen den Polen von Leib und Körper hin und her bewegen (vgl. Fuchs 2013, 84). Diese Polarität umfasst den gelebten, impliziten Leib als Träger des Lebensvollzugs, den gespürten Leib als Ort des Befindens, der affizierbar ist, und – im Heraustreten aus der leiblichen Unmittelbarkeit – das „Körperding“, das von mir als Werkzeug oder Instrument eingesetzt, beherrscht etc. werden kann (vgl. ebd.).

Die leibliche Existenz bedeutet überdies eine generelle Ko-Existenz, denn wir sind stets mit den Anderen, aber auch mit den Dingen und mit der Natur- bzw. Kulturwelt. Somit sind

---

<sup>75</sup> In Kapitel III gehe im Zusammenhang mit Frankls Konzept der Pathoplastik vertiefend auf dieses Thema ein.

<sup>76</sup> Auf meine Darstellungen in Kapitel III vorausgreifend, halte ich an dieser Stelle fest, dass das Gefühl von Sinn oder Bedeutsamkeit in Antonovskys bekanntem Salutogenese-Modell als die wichtigste Komponente der Ressource „Kohärenzgefühl“ gilt.



wir zu Anderen und zu anderem hin geöffnet (vgl. Meyer-Drawe 1999, o.S.). Durch unsere Leiblichkeit sind wir immer schon situativ Aufgeforderte und Antwortende, aber auch Sinngebende und Sinnempfangende. Dieser Aspekt kann mit Bezugnahme auf Frankl um eine anthropologische Orientierung auf den Sinn hin erweitert werden: Dem Menschen ist unter allen Umständen die Fähigkeit gegeben, subjektiven Sinn in der Welt zu erspüren und ihn in Situationen zu verwirklichen.

Eine Bezugnahme auf die leibliche Verfasstheit und die Sinnorientierung des Subjekts bietet, wie ich im Zusammenhang mit den einzelnen philosophischen und anthropologischen Positionen herausgearbeitet habe, vielfältige Impulse für meine Untersuchung, insbesondere für das Verständnis zentraler Begriffe.

Rekapituliert man die untersuchungsrelevanten Gesichtspunkte, so zeigt sich zunächst, dass die Subjektivität betont wird: Menschen nehmen sich als Subjekte wahr und begegnen sich als Subjekte.

Gemäß dem Verständnis der leiblichen Intersubjektivität besteht in Bezug auf den Anderen ein Zugleich von Vertrautheit – sich von Leib zu Leib verstehen – und von Fremdheit, wodurch der Prozess des Verstehens sich eintrübt. Die Zugänglichkeit und gleichzeitige Abwesenheit des Anderen kennzeichnet somit nicht nur die Verständigung mit psychisch kranken Menschen.

Mit der leiblichen Verfasstheit des Menschen sind auch bestimmte Auffassungen des Selbst verbunden. Dies ist zuerst die Alterität oder Fremdheit des eigenen Selbst. Aus diesem Grund kann es in der Selbstsorge keinen „gradlinigen“ Zugang zu einer Eigenheitssphäre des Selbst geben. Die „spürbare Selbstgewissheit“ (Gugutzer 2002, 101), wie Schmitz sie beschreibt, stellt zwar eine Form des Selbsterlebens dar, die uns gegeben ist. Sie hebt die Fremdheit im Selbstbezug aber nicht grundsätzlich auf. Zudem ist das Selbst zwar durch leibliche Dispositionen geprägt, aber im lebendigen leiblichen Erfahren und Tätigsein zugleich gegenwärtig und veränderbar.

Das Ausgerichtet-Sein auf Sinn ist überdies sowohl für das Verständnis von Gesundheit als auch für die Betrachtungsweise von psychischer Krankheit wesentlich.

Gewissermaßen als Ausblick auf Kapitel III stelle ich im Folgenden einige noch nicht diskutierte Aspekte heraus, die sich anhand der oben behandelten Theorieperspektiven für die Konzipierung und das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsförderung ergeben.

Anhand der Verschränkung von Leib-Sein und Körper-Haben lässt sich eine erste allgemeine Bestimmung der Phänomene „Krankheit“ und „Gesundheit“ gewinnen. Wenn

wir krank sind, verfügen wir nicht mehr oder nur noch teilweise über unseren Leib und sind zugleich ganz besonders mit unserer Leiblichkeit konfrontiert. „Krankheit“ ist insofern so definiert, dass der sonst gelebte, implizite Leib vor- oder aufdringlich wird. In dieser Störung oder Entfremdung des Leibs tritt der Körper hervor. Mit Gesundheit kann dagegen die ungeminderte, selbstverständliche leibliche Existenz gleichgesetzt werden (vgl. Fuchs 2013, 87). Aus leibphänomenologischer Perspektive gelten die Übergänge von „gesund“ und „krank“ als fließend und die Verhältnisse von Leib – Körper – Selbst insgesamt als sehr komplex (vgl. z.B. Plügge 1986, 110 f.).

Die psychopathologischen Geschehnisse werden in den Leibtheorien anhand der „normalen“ leiblichen Erlebnisweisen verstanden. Hieraus ergibt sich eine Annäherung von „normalem“ und psychopathologischem Erleben, das ich in Kapitel III weiter ausführen werde.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung ist zunächst festzuhalten, dass sie sich nicht an ein „isoliert“ gedachtes Individuum wenden darf: Die leibliche Existenz ist nur aus ihren (mit-)weltlichen Bezügen und ihrer Geschichtlichkeit heraus zu verstehen (vgl. auch Marcel 1986, 36). Wie im Kontext der Leibphänomenologie des Weiteren für den therapeutischen Kontext diskutiert (vgl. ebd., 24), gehe ich auch bezüglich der Gesundheitsförderung davon aus, dass das spontane Gewahrwerden des Anderen die Basis aller Reflexionen über ihn bildet. Im „Mit-Sein“ (ebd.) der zwischeneiblichen Situationen bieten sich dann z.B. Möglichkeiten, dass Klienten gesundheitszuträgliche Ressourcen entdecken können.

Dass der Leib sich in seiner Unverfügbarkeit den bewussten Initiativen immer wieder entzieht (Lippitz 1999, o.S.), relativiert die gängigen Vorstellungen, das Selbst sei in Bezug auf die Aufgaben und Herausforderungen des Lebens ausschließlich eine aktive Mitte. Entsprechend sollte die Förderung der Gesundheit nicht allein auf der Ebene der Vernunft und nicht nur am aktiven Handeln der Klienten ansetzen. In konzeptioneller Hinsicht wäre stattdessen z.B. das „Antwortgeschehen“ zu beachten, das sich in den gemeinsamen Gesundheitsfördersituationen ereignet: Klienten kreieren einerseits „aktiv“ Antworten, indem sie auf Situationen eingehen, andererseits „geraten“ sie auch in Situationen und überlassen sich der Erfahrung.<sup>77</sup> Weil dazu die Subjekt-Objekt-Unterscheidung aufgrund des leiblichen Zur-Welt-Seins nur einem Teil unseres Lebens angemessen ist (Huppertz 2012, 8), spielen im Rahmen der Gesundheitsförderung z.B. die Atmosphären in Situationen, die

---

<sup>77</sup> Vgl. in diesem Kontext auch Westphal (2014), die „Bildung“ unter leibphänomenologischer Perspektive als Widerfahrnis und Antwortgeschehen konzipiert.

Anmutungen der Dinge oder die Ausstrahlung von Menschen eine Rolle, sodass sie das gesundheitsbezogene Handeln von Klienten ermöglichen oder einschränken können.

Als Fazit von Kapitel II halte ich fest, dass ein an der Leiblichkeit des Menschen orientierter Ansatz auch in der heutigen Zeit aktuell ist. In einer Zeit, in der vorwiegend das naturwissenschaftliche Denken und somit der instrumentalisierte, technisierte, reparierbare oder verwertbare Körper zählt und das „Haben“ vorherrscht (vgl. Fuchs 2013, 83 f.)<sup>78</sup>, erachte ich es für ein Gesundheitsförderkonzept dennoch als unerlässlich, einen leibbasierten Zugang zu wählen. Denn für die individuelle Gesundheit ist es nach wie vor wichtig, ohne Selbstentfremdung in und mit der Leiblichkeit zu leben und „[...] mit dem Bewusstsein [...] in den Leib hinabzusteigen [...]“ (ebd., 92).

---

<sup>78</sup> Indem der Mensch sich selbst umgestaltet (durch Brain-Design, durch intelligente Körperprothesen etc.), verliert der Leib seine „Tiefe“ als Träger von Bedeutungen und der Körper erscheint als Oberfläche reversibler Aktionen (vgl. Gutknecht 2006, 66). – Es sei an dieser Stelle zudem angemerkt, dass in jüngster Zeit durch den Paradigmenwechsel in den Kognitions- und Sozialwissenschaften leibphänomenologische Überlegungen wieder eine neue Aktualität erlangen: Das Paradigma der verkörperten und enaktiven Kognition in den Kognitionswissenschaften und dasjenige der verkörperten Intersubjektivität in den Sozialwissenschaften lassen sich mit leibphänomenologischen Konzepten auf eine fruchtbare Weise verknüpfen (vgl. Fuchs 2015a, 803 ff.).

### III Theoretische Grundlagen zu seelischer Erkrankung, Gesundheit und Gesundheitsförderung aus ressourcenorientierter Perspektive

#### III 1 Gesundheitsförderung bei seelischen Erkrankungen/ Behinderungen? – Einleitende Gedanken und Begriffsklärungen

Wie an früherer Stelle gesagt, ist es mein Anliegen, ein Konzept der Gesundheitsförderung für Erwachsene mit einer seelischen Erkrankung/Behinderung zu entwerfen und es in sozialpsychiatrischen Settings zu verorten.

Zunächst ist in diesem Zusammenhang eine Begriffsklärung notwendig: In sozialpsychiatrischen Settings spielen sowohl der Begriff der seelischen Erkrankung als auch der der seelischen Behinderung eine Rolle und in der Praxis werden die beiden Begriffe meist synonym verwendet. Üblich ist eine sog. „spezielle“ Begriffsbestimmung von seelischer Krankheit, und zwar im Gegensatz zu einem allgemeinen Begriff von psychischer Krankheit (vgl. hierzu auch: Schramme 2000, 99; Heinz 2014). Dies geschieht i.d.R. unter Bezugnahme auf das Klassifikationssystem der „ICD-10“ (International Classification of Diseases, 10. Revision) der Weltgesundheitsorganisation (vgl. DIMDI 2012). Der Begriff der seelischen Behinderung bezieht sich in den Settings der Sozialpsychiatrie einerseits auf die rechtliche Definition von Behinderung nach dem neunten Sozialgesetzbuch und andererseits auf die internationale Behinderungsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Nach dem neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) enthält die Behinderungsdefinition u.a. die zeitliche Vorgabe einer „länger als sechs Monate“ dauernden Abweichung vom alterstypischen Zustand (vgl. § 2 Absatz 1 SGB IX) (Hirschberg 2008, 45).<sup>79</sup> Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), die Behinderungsdefinition der WHO, geht von einer Dreigliedrigkeit der Behinderung aus. Sie enthält als Oberbegriffe dementsprechend: die Funktionsfähigkeit (Körperfunktionen/ Körperstrukturen, Aktivität, Partizipation), die Behinderung (Schädigung, Aktivitätsbeeinträchtigung, Partizipationseinschränkung) und

---

<sup>79</sup> „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder *seelische Gesundheit* mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz o.J.; Hervorhebung durch C.J.).

die Gesundheit (hier werden zusätzlich Kontextfaktoren einbezogen, welche die Partizipationschancen eines Menschen erhöhen) (ebd., 56 f.).<sup>80</sup>

Zur Bezeichnung des Personenkreises, an den sich mein Konzept richtet, verwende ich, der sozialpsychiatrischen Praxis folgend, den Begriff der seelischen Erkrankung wie auch den der Behinderung. In theoretischer Hinsicht knüpfe ich im Rahmen meiner Dissertation aber an den Krankheitsbegriff an. Dabei berufe ich mich auf Heinz, der davon ausgeht, dass im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik eine „[...] Unterscheidung zwischen Krankheit und Behinderung [...] meistens nicht sinnvoll [...]“ ist (Heinz 2014, 106). Er begründet dies damit, dass der Übergang zwischen der Einschränkung lebenswichtiger Funktionen (der sog. „disease“) und einer Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe aufgrund von Funktionsstörungen („sickness“) bei seelischen Erkrankungen fließend sei (ebd.). Laut Heinz sind die Krankheitssymptome im Sinne der „disease“ meist auch Anzeichen eines „impairment“ – Letzteres bezeichnet die Einschränkungen einfacher, für die soziale Teilhabe grundlegender Funktionsfähigkeiten – und somit bereits Anzeichen einer „sickness“ (ebd., 106 f.).<sup>81</sup>

Dadurch, dass ich auf der theoretischen Ebene an den Krankheitsbegriff anknüpfe, kann eine Frage formuliert werden, die im Kontext meiner Arbeit bedeutsam ist: Ist es im Hinblick auf die Klientenspezifität des von mir geplanten Konzepts sinnvoll, einen Wechsel vom sog. therapeutischen Paradigma zu dem der Gesundheitsförderung anzustreben?<sup>82</sup> Der Personenkreis psychisch kranker Menschen wird üblicherweise dem therapeutischen Paradigma „zugerechnet“. Letzteres ist durch das Medizinsystem bestimmt, es orientiert sich an der Leitdifferenz „krank – gesund“ und sein praxeologisches Kennzeichen ist dementsprechend die Krankheits- und Behandlungslehre (vgl. Seewald 2006, 284 f.). Dagegen ist im Paradigma der Gesundheitsförderung die Ressourcenorientierung zentral, in Verbindung mit der Frage, was gesund hält bzw. gesund macht. Im Vergleich zum therapeutischen hat das gesundheitsfördernde Paradigma neben der Individualisierung auch

---

<sup>80</sup> Mit der ICF wird der Weg eines Kompromisses zwischen dem medizinischen und dem sozialen Modell von Behinderung gegangen (BM-Online e.V. o.J.).

<sup>81</sup> In Bezug auf „psychische Krankheit“ greift Heinz – analog zu somatischen Krankheiten – die gängigen englischen Begriffe auf: „illness“ für das subjektive Kranksein, „disease“ für das Vorliegen einer objektivierbaren Krankheit (vgl. Heinz 2014, 25) und „sickness“ für den Aspekt, der das soziale Miteinander und die Frage der sozialen Teilhabe betrifft (ebd., 31).

<sup>82</sup> Bei meinen Überlegungen zu diesen beiden Paradigmen beziehe ich mich auf Seewald (2006, 282), der für die Körper- und Bewegungsarbeit vier Paradigmen, d.h. grundlegende und fachübergreifende Begründungsformen, unterscheidet: das pädagogisch-bildungstheoretische, das therapeutische, das entwicklungsfördernde und das gesundheitsfördernde Paradigma. – Aufgrund der Leiborientierung meines Konzepts ist eine Einordnung anhand der genannten Paradigmen angezeigt.

überindividuelle Ansprüche, d.h. eine gesellschaftliche und politische Perspektive (vgl. ebd., 288 f.). In praxeologischer Hinsicht ist die Gesundheitsberatung bestimmend.

Welche Argumente dafür sprechen, für Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung/Behinderung ein Konzept zu entwickeln, das sich am Paradigma der Gesundheitsförderung ausrichtet, und welche theoretischen Hintergründe hierfür erforderlich sind, wird in Kapitel III umfassend untersucht.

Folgende Inhalte behandle ich in diesem Zusammenhang: Als Ausgangspunkt wähle ich eine ressourcenorientierte Sicht auf die Gegenstände der psychischen Krankheit und der Therapie (vgl. III 2). Als Erstes versuche ich, eine entsprechende Sichtweise aus der Perspektive der anthropologischen bzw. der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie zu entfalten. Außerdem gehe ich der Ressourcenorientierung im Rahmen des therapeutischen Paradigmas nach, indem ich zwei ausgewählte psychotherapeutische Ansätze sowie die leib- und bewegungstherapeutischen Verfahren diesbezüglich untersuche.

In Kapitel III 3 befasse ich mich mit der Gesundheit als Phänomen und stelle verschiedene Begriffe und Bestimmungen von Gesundheit vor. Eine Schwäche des Gesundheitsförderparadigmas besteht darin, dass Gesundheit meist nur durch die Abwesenheit von Krankheit definiert wird; ich biete hier Alternativen an. Eine erste Annäherung an den Gesundheitsbegriff erfolgt deshalb aus anthropologischer Sicht. Auch die historischen Anknüpfungen in Bezug auf die Gesundheit umfassen Gesundheitsbestimmungen, die nicht von einer Polarität zwischen Gesundheit und Krankheit ausgehen. Mit dem System der Diätetik stelle ich in diesem Kontext Leitbilder der Lebensführung vor, die dem Menschen gewissermaßen auf den Leib geschrieben sind. Dazu nehme ich aus historischer Perspektive Bezug auf Nietzsches Begriff der „Großen Gesundheit“, der ebenfalls leibbezogen ist. Im Zusammenhang mit der Frage, wie Gesundheit entsteht, erläutere und diskutiere ich – im Anschluss an Überlegungen allgemeiner Art – ausführlich Antonovskys Modell der Salutogenese. Es folgt ein Zwischenergebnis zum bisher dargelegten Verständnis von Gesundheit und seiner Bedeutung für die Förderung von Gesundheit.

Kapitel III 4 hat die Förderung von Gesundheit zum Inhalt. Nach einer Einführung in die entsprechende Thematik und auch Problematik zeige ich auf, was Gesundheitsförderung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation bedeutet. Mit der Prävention und dem Empowerment beschreibe ich darauf zwei allgemeine Ansätze der Gesundheitsförderung mit sozialpsychiatrischer Relevanz. Schließlich ordne ich mein Konzept anhand der allgemeinen Gesundheitsfördertheorien ein.

In Kapitel III 5 beschäftige ich mich damit, inwiefern mein Konzept in sozialpsychiatrischen Settings verankert werden kann. Dabei betrachte ich die Gesundheitsorientierung der Sozialpsychiatrie im Allgemeinen. Ich frage nach bestehenden Ansätzen der Gesundheitsförderung und stelle u.a. das Recovery-Konzept vor, das bei Psychiatrie-Erfahrenen und Professionellen zunehmend an Bedeutung gewinnt. Außerdem diskutiere ich die Umsetzungschancen meines Gesundheitsförderkonzepts im sozialpsychiatrischen Rahmen.

Schlussüberlegungen zu der Frage, ob es schlüssig ist, wenn sich mein Konzept auf das Paradigma der Gesundheitsförderung bezieht, erfolgen in Kapitel III 6.

## III 2 Ressourcenorientierte Änderungen der Sichtweise auf psychische Krankheit und Therapie

Um eine mögliche Ressourcenorientierung im Zusammenhang mit dem therapeutischen Paradigma zu ergründen, beziehe ich mich zuerst auf die Krankheitslehren der anthropologischen und der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie (vgl. III 2.1). Ich erörtere die Bedeutung, die mit einer anthropologischen Perspektive im Allgemeinen verbunden sind und veranschauliche dies anhand des psychotischen Krankheitsbilds (vgl. III 2.1.1). Danach führe ich Viktor Frankls Konzept der Pathoplastik ein, das sich auf die menschliche Fähigkeit zum gestaltenden Umgang mit der seelischen Erkrankung bezieht (vgl. III 2.1.2). Darauf erfolgen eine kurze Einführung und Einordnung der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie (vgl. III 2.1.3.1). Mit Bezugnahme auf Thomas Fuchs lege ich einen zeitgenössischen leibphänomenologischen Ansatz dar (vgl. III 2.1.3.2). Unter III 2.1.4 fasse ich die erweiterten Sichtweisen bezüglich seelischer Erkrankungen zusammen und ziehe ein Fazit.

In Kapitel III 2.2 werde ich die Ressourcenorientierung zweier psychotherapeutischer Ansätze darlegen, die mir für meine Untersuchung interessant erscheinen: Pohlen/Bautz-Holzherr (2001) rücken die im Kranksein liegenden Potenzen des Menschen ins Zentrum der psychotherapeutischen Behandlung (vgl. III 2.2.1.1). Mit Fürstenau (1992) stelle ich einen entwicklungsfördernden Therapieansatz vor (vgl. III 2.2.1.2). Diese beiden Ansätze stehen hier exemplarisch für die Ressourcenorientierung. Selbstverständlich gibt es andere psychotherapeutische Verfahren, die von der Grundannahme ausgehen, dass die Klienten

die Ressourcen für persönliches Wachstum und Weiterentwicklung in sich tragen. Zu nennen wäre hier etwa die sog. „Positive Therapie“ (vgl. Joseph/Linley 2011).<sup>83</sup>

Unter III 2.2.2 werde ich einige wesentliche Aspekte der Ressourcen- oder Gesundheitsorientierung herausarbeiten, die den Leib- und Bewegungstherapien m.E. gemeinsam sind. Zum Abschluss erfolgt ein Fazit zur Ressourcenorientierung des therapeutischen Paradigmas anhand der vorgestellten Ansätze (vgl. III 2.2.3).

### III 2.1 Seelische Erkrankung aus der Perspektive der anthropologischen und der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie

#### III 2.1.1 Allgemeine anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen – gegen die derzeitige Tendenz der Vereinfachung

Die anthropologische Psychiatrie richtet sich auf die Subjektivität der seelisch kranken Menschen und sie bietet Ansätze des Verstehens. Hierdurch zeichnet sich ein Gegensatz zum Erklären und somit auch zu den aktuellen wissenschaftlichen Bemühungen ab. Die Letzteren zielen tendenziell darauf, seelische Erkrankungen ursächlich zu erklären und nicht darauf, sie in Zusammenhängen zu verstehen (vgl. Bock 2012, 77). Das mittlerweile üblichste Erklärungsmodell im psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Kontext ist das sog. „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“. In diesem Modell wird zwar von einer multifaktoriellen Bedingtheit psychischer Erkrankungen ausgegangen und es werden individuelle und soziale Risikofaktoren zueinander in Beziehung gesetzt. Aber der Patient gilt dennoch als ein Objekt äußerer Einflüsse und weniger als ein Subjekt, das seinen Lebens- und Krankheitsverlauf gestaltet (Bock 1998, 38).

Bock (2014, 23) stellt daher einen „Sog der Vereinfachung“ fest, was die heutige psychiatrische Alltagspraxis und Wissenschaft angeht. Dieser Sog, meint Bock, ist nicht nur der Psychiatrie anzulasten, vielmehr sei er auch soziokulturell mit bedingt (ebd.).<sup>84</sup> Den Vereinfachungstendenzen in der Psychiatrie stellt Bock dezidiert anthropologische Betrachtungsweisen entgegen. Zur Veranschaulichung lege ich nachfolgend einige Aspekte

---

<sup>83</sup> Die Positive Therapie richtet sich auf die Förderung von Potenzialen und Stärken der Klienten, um die psychische Gesundheit zu festigen und Schwächen sowie psychischem Leid vorzubeugen (Joseph/Linley 2011, 148). Die Anfänge der Positiven Psychologie und der Positiven Therapie liegen in der humanistischen Psychologie (ebd., 28). Es handelt sich dabei nicht um eine geschlossene Form der Therapie, sondern um eine Gruppe von Therapieansätzen, die von der gemeinsamen Grundannahme ausgehen, dass der Klient der beste Experte in eigener Sache ist und die nötigen Ressourcen für persönliches Wachstum bzw. Weiterentwicklung in sich trägt (ebd., 27 f.).

<sup>84</sup> Als Beispiele solcher – Bocks Ansicht nach – unzulässiger vereinfachender Wahrnehmungen im psychiatrischen Alltag können das Jonglieren mit Begriffen oder diagnostischen Zuordnungen genannt werden, die oft als nicht hinterfragte Erklärung des Anderen dienen, oder eine technische, instrumentelle Sicht auf Patienten, die die komplexen Lebenszusammenhänge vereinfachen (vgl. Bock 2014, 23).



in Bezug auf Bocks Ausführungen zur psychotischen Störung dar (vgl. im Folgenden: ebd., 30 ff.).

Eine anthropologische Betrachtung der Psychosen bedeutet, dass prinzipiell jeder Mensch durch ein Übermaß an Reizüberflutung oder Isolation psychotisch werden kann. Vom Grad der Dünnhäutigkeit eines Menschen hängt es ab, welches Ausmaß an belastenden Lebensereignissen oder sozialem Rückzug er erträgt, ohne aus „der Realität“ heraustreten zu müssen. Eine Annäherung an psychotisches Erleben vermittelt uns z.B. die Traumwahrnehmung, in der sich unbewusste Wünsche und Ängste offenbaren – wobei wir im Traum durch den Schlaf geschützt sind. Ein anderes Beispiel ist die kindliche Wahrnehmung im Alter von zwei bis drei Jahren, in der das Kind alles egozentrisch auf sich selbst bezieht bzw. sich für alles schuldig oder verantwortlich fühlt. Die anthropologische Perspektive besagt des Weiteren, dass Psychosen in Zeiten passieren, die für jeden Menschen Krisenzeiten sind. „Jeder Mensch durchläuft unweigerlich in seinem Leben Krisen, an denen er reifen und wachsen kann und die ihn zwingen, sich neu zu verorten. Für Psychoseerfahrene kann der Abschluss der Ausbildung, das Verlieben, die Bindung an einen Partner oder die Trennung vom Elternhaus zu einer echten Herausforderung werden und ihn an seine Grenzen bringen“ (ebd., 32). Überdies ist es aus anthropologischer Sicht wichtig, dass Psychosen auch ein aktives Handeln darstellen: „Ein Mensch ringt um sein inneres Gleichgewicht und nimmt dabei den hohen Preis von Symptomen wie Stimmenhören, sozialem Rückzug, paranoiden Vorstellungen usw. in Kauf. Seine Symptome sind [...] nicht unsinnig, sondern kompromisshaft funktional. Die Stimmen helfen der Einsamkeit zu entkommen, ohne eine menschliche Beziehung riskieren zu müssen; Wahnvorstellungen erscheinen als eine Flucht aus der Bedeutungslosigkeit und unverständliche Sprache als Schutz durch Rückzug an einen Ort von Eigenheit“ (ebd., 33).

### **III 2.1.2 Die menschliche Fähigkeit zur Pathoplastik (Frankl)**

Die Logotherapie der Psychosen – also endogener Depressionen, Manien oder schizophrener Krankheitsbilder (vgl. Frankl 1987, 51 ff.) – wird von Frankl im Horizont einer fundamentalen anthropologischen Prämisse entfaltet: der Anschauung, dass der Geist der Person nicht erkranken kann, sodass die Person jenseits der Alternative von gesund und krank existiert (vgl. Kurz o.J., o.S.).<sup>85</sup> In diesen Rahmen ist das Pathoplastik-Konzept eingebettet.

---

<sup>85</sup> Was laut Frankl erkranken kann, sind die physischen Organe, die eine Person in ihrer Geistigkeit zum Ausdruck bringen, das Gehirn des Menschen bzw. sein Nervensystem kann erkranken (Kurz o.J., o.S.). Dies

Der Mensch gilt für Frankl grundsätzlich als „weltoffen“ und mit der Fähigkeit zur Selbst-Transzendierung und zur Selbstdistanzierung ausgestattet (Ochsmann 2008, 51). Unter dieser Voraussetzung besteht auch in Verbindung mit dem Leiden, wie es im Falle einer psychischen Krankheit gegeben ist, eine Fülle an Wertmöglichkeiten, d.h. der Art und Weise, wie ein Mensch Beschwerden und Bekümmernisse auf sich nehmen kann (vgl. ebd., 53). Die an früherer Stelle bereits vorgestellten „Einstellungswerte“ bezeichnen mit Frankl den Umstand, dass der Mensch sich nicht mit seinem Leiden identifizieren muss, sondern dass er sich von ihm zu distanzieren vermag und mit der Zeit eine situationsangemessene sinnvolle Einstellung zu ihm findet (vgl. ebd., 52 f.). Frankl (2002b, 129) berichtet in diesem Zusammenhang z.B. von einer Patientin mit einer schizophrenen Erkrankung, die seit Jahrzehnten unter schwersten akustischen Halluzinationen leidet. Sie „[...] wurde eines Tages gefragt, wieso sie trotzdem so guter Laune sei und was sie denn zu diesem Stimmenhören zu sagen habe; woraufhin sie zur Antwort gab: ‚Ich denke mir eben, dieses Stimmenhören ist schließlich noch immer besser, als wenn ich schwerhörig wäre.‘ Wie viel Lebenskunst und wie viel Leistung (im Sinne von Einstellungswerten) steckt doch in diesem Verhalten eines schlichten Menschen zu dem schrecklichen Schicksal eines qualvollen schizophrenen Symptoms. Enthält aber diese ebenso drollige wie urgescheite Bemerkung unserer Patientin nicht gleichzeitig ein Stück Geistesfreiheit gegenüber seelischer Erkrankung“ (ebd.)?

Die im o.g. Beispiel deutlich werdende Gestaltungsfreiheit erfasst Frankl durch das Konzept der Pathoplastik. Die Pathoplastik „[...] bezieht sich auf die Fähigkeit des Menschen, sein Leiden (Pathos) in der Weise, wie er es versteht und wie er mit ihm umgeht, zu gestalten [...]. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang die Einsicht, daß der Mensch als geistiges und deshalb verantwortliches Wesen immer auch über einen Spielraum der Freiheit verfügt. Er kann die Beziehung zu sich als einem partiell psychisch Gestörten verschieden gestalten. Ausdruck der diesbezüglichen Gestaltung ist die Einstellung [...]. Diese Einstellung kann bekömmlich sein. Sie kann völlig kontraproduktiv sein. Ist sie dies, ist Einstellungsmodulation angezeigt“ (Kurz o.J., o.S.).

Aufgrund dieses dem psychotischen Dasein innewohnenden Freiheitsgrads ist das Schicksal „Psychose“ also grundsätzlich immer gestaltbar (Frankl 1987, 58). Die Logotherapie der Psychosen hat demgemäß auch Sorge dafür zu tragen, dass das

---

meint zugleich, dass das neuronale Netz des Gehirns mit seinen Milliarden von Nervenzellen das Phänomen „Geist“ nicht „produziert“; Frankl zufolge hat das Gehirn eine instrumentelle Funktion, nämlich die Person in ihrer Geistigkeit „sichtbar“ zu machen (ebd.).

Krankheitsgeschehen subjektiviert wird: Sie „[...] muß den Patienten dazu anregen, daß er ihm Gepräge und Stempel seiner Persönlichkeit aufdrücke, daß er die Psychose personiere. Mit einem Wort: [...] daß die Auseinandersetzung zwischen dem Menschlichen im Kranken und dem Krankhaften am Menschen geleistet werde“ (ebd., 61; im Original z.T. mit Hervorhebung). Da die gestaltenden Leistungen Frankls Ansicht nach nicht reflexiv, sondern vielmehr implizit oder stillschweigend vor sich gehen, verwendet er für sie den Begriff „implizite Pathoplastik“ (ebd., 62).

### **III 2.1.3 Die Richtung der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie**

#### *III 2.1.3.1 Einordnung der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie*

Die phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie gilt als einer der elaboriertesten Denkansätze, was die Bildung eines kritischen Gegenpols zu der ausschließlich naturwissenschaftlich-objektivierenden Betrachtungsweise psychopathologischer Phänomene betrifft. Zudem berücksichtigt sie den je individuellen Weltbezug und die Geschichtlichkeit des Menschen (vgl. Gutmann 2006, 5). Vorwiegend in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts anerkannt und verbreitet, bildete die Ausrichtung der Psychiatrie und Psychopathologie an der Phänomenologie einen scharfen Gegensatz zur damals vorherrschenden Auffassung der Medizin als reiner Körperkunde, gemäß der psychiatrische Erkrankungen lediglich als durch organische Schädigungen bedingt galten (vgl. Waldenfels 1992, 88). In der heutigen Psychiatrie spielt die phänomenologisch-anthropologische Ausrichtung lediglich eine untergeordnete Rolle.<sup>86</sup>

Wie können die Grundzüge und Vorgehensweisen der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie charakterisiert werden? Vereinfacht gesagt, geht die Richtung von der These aus, dass sich in der Psychopathologie regelhafte Abwandlungen menschlichen Erlebens und Sichverhaltens widerspiegeln, die vom „Wesen“ des Menschen her zu verstehen sind (Moldzio o.J., 3). Am Beginn des anthropologisch-psychiatrischen Forschens stehen detaillierte Einzelfallstudien, um den – insbesondere in der Psychose – abgewandelten Seins-Bezug zu erfassen. Auf diese Weise werden Erfahrungen der betroffenen Menschen zugänglich, die einem objektivierenden und operationalisierenden methodischen Vorgehen sonst verborgen geblieben wären (Gutmann 2006, 6).

---

<sup>86</sup> Gemäß Waldenfels behauptet sie zwar bis in die Gegenwart hinein ihren Platz, allerdings bleibe sie vielfach auf ein diffuses phänomenologisches Klima beschränkt oder biete einfach eine methodische Variante (Waldenfels 1992, 91).

In der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie gab es vor allem zwischen 1930 und 1960 eine reiche Tradition differenzierter Analysen der Leiblichkeit (z.B. von Straus, Tellenbach, Zutt u.a.) (vgl. Fuchs 2000b, 1). Einen aktuellen leibphänomenologisch orientierten psychiatrischen Ansatz stelle ich im nächsten Kapitel vor.

#### *III 2.1.3.2 Ein aktueller leibphänomenologischer Ansatz in der Psychiatrie (Thomas Fuchs)*

Durch den leibphänomenologischen Ansatz des Psychiaters und Philosophen Thomas Fuchs erhält die anthropologische Psychiatrie aktuell wichtige neue Impulse (vgl. auch Gutmann 2006, 13). Fuchs' Ausführungen zur Psychopathologie basieren auf dem Entwurf einer leib-räumlichen Anthropologie, in der er sich vorwiegend auf die phänomenologischen Theorien Schelers, Straus', Merleau-Pontys und Schmitz' bezieht (vgl. Fuchs 2000a).

Fuchs geht davon aus, dass die Leiblichkeit die zentrale Kategorie für das Verständnis psychiatrischer Erkrankungen darstellt (Fuchs 2000b, 1). Er grenzt sich hierdurch von einer Sichtweise ab, die in der Psychiatrie seines Erachtens nach wie vor dominiert: der Dichotomie zwischen Körperfunktionen und Bewusstseinszuständen (ebd., 1 f.). Laut Fuchs ist eine psychische Erkrankung „[...] durch die Aufteilung in eine subjektive, unräumliche oder weltlose Innerlichkeit einerseits und eine Kombination äußerer Symptom- und Verhaltensmuster oder neurophysiologischer Befunde andererseits nicht adäquat zu erfassen [...]“, denn ihr eigentlicher Ort liegt in der gelebten Beziehung zwischen Subjekt und Welt, vermittelt durch den Leib und den Raum (ebd., 2).

Im Fall einer psychischen Krankheit wird, allgemein ausgedrückt, die Mittlerfunktion bzw. die Transparenz der Leiblichkeit gegenüber der Welt beeinträchtigt: Die Leiblichkeit wird „opak“ und tritt störend in den Vordergrund (ebd., 3). Während der Leib mir im Normalfall die Welt vermittelt, ist die Situation der Krankheit insgesamt, aber der psychischen Krankheit im Speziellen, dadurch gekennzeichnet, dass die Person die Freiheit gegenüber dem Leib und der Welt verliert (ebd.). „So lassen sich psychische Störungen häufig als Zirkel von eingengter Situationswahrnehmung und leiblichen Reaktionen auffassen, denen der Kranke nicht zu entkommen vermag: Er ist ausgeliefert an eine leibliche Triebregung in der Sucht oder an ein vorgeprägtes Verhaltensritual im Zwang; in der Phobie reagiert sein Leib auf bestimmte Wahrnehmungen mit Angstatacken, die [...] Vitalstörung der Melancholie lähmt den Patienten und lässt die Umwelt grau, öde und leer erscheinen; in der schizophrenen Psychose verzerrt sich die objektivierende Wahrnehmung zur Eigenbeziehung, die [...] die Freiheit zur Situation nicht mehr zulässt. Pointiert kann

man sagen: Je mehr sich die Leiblichkeit verselbständigt, desto unfreier wird die Person in ihren Beziehungen zur Welt“ (ebd., 4).

Anhand der Schizophrenieerkrankung beleuchte ich Fuchs' leibphänomenologische Betrachtungsweise nochmals näher:

Fuchs definiert die Schizophrenie als eine „[...] fundamentale Störung der Person in ihrem Vermögen, sich durch ihre Leiblichkeit hindurch auf die Welt zu richten und eine von ihr unabhängige Realität zu konstruieren“ (ebd., 123; im Original mit Hervorhebung). Dabei gilt das Versagen der Intentionalität, d.h. der Fähigkeit, sich wahrnehmend, denkend, fühlend und handelnd auf die Welt zu richten und sich dieser Akte zugleich inne zu sein, als die zentrale Störung der Schizophrenie (ebd.). Die schizophrene Abwandlung der Leiblichkeit erstreckt sich auch auf den Bereich der Interpersonalität. Die entsprechenden Störungen sind grundsätzlich mit einer „Pathologie der Perspektivenübernahme“ verbunden. Das Verhältnis zum Anderen ist m.a.W. deshalb beeinträchtigt, weil der an einer Schizophrenie erkrankten Person die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zur Perspektivenintegration abhanden gekommen ist (vgl. ebd., 171 f.).<sup>87</sup> Fuchs geht davon aus, dass schizophrene Phänomene auch durch das Erleben, d.h. durch eine leiblich erlebte Einbeziehung des anonymen Anderen geprägt sind (ebd., 171), wie folgendes Beispiel belegt: „Ein 56-jähriger schizophrener Patient [...] spürt von anderen Personen ein ‚energetisches Potenzial‘ auf seinen Körper übergehen, das über die Stirn in den Kopf eindringe. Dabei ziehe sich seine Stirn in Falten“ (ebd., 167).

#### **III 2.1.4 Zusammenfassung und Fazit in Bezug auf die erweiterten Sichtweisen von seelischer Erkrankung**

Zusammenfassend betrachtet, legen die anthropologischen und die phänomenologisch-anthropologischen Betrachtungsweisen psychischer Erkrankungen den Akzent auf das Verstehen im Vergleich zum Erklären. Zugleich stellen sie einen kritischen Gegenpol zur heutigen naturwissenschaftlich-objektivierenden Psychiatrie dar, indem sie den Weltbezug und die Geschichtlichkeit eines kranken Individuums berücksichtigen. Von den Professionellen ist daher gefordert, sich auch auf das „Dunkel der Subjektivität“ einzulassen

---

<sup>87</sup> Das folgende Beispiel illustriert die Problematik der Perspektivenübernahme: „Ein 30-jähriger schizophrener Patient [...] berichtet, wenn er auf der Straße ein Auto heranfahren sehe, spüre er manchmal, wie das Metallische der Karosserie ihn anspringe und auf ihn übergehe; er fühle sich dann so hart, scharf und kalt wie das Fahrzeug und seine Konturen“ (Fuchs 2000b, 169). Das, was der Patient schildert, ist gemäß Fuchs keinem der bekannteren psychopathologischen Termini zuzuordnen, es lässt sich jedoch anhand von Schmitz' Konzept der Einleibung charakterisieren: Das Erleben des Patienten kann als leiblich-mimetische Anverwandlung von Sinneseindrücken bis hin zur Verschmelzung des Leibes mit äußeren Dingen interpretiert werden, denn das Kalte, Metallische wird nicht nur mitempfunden, sondern dem Leib selbst „eingebildet“ (ebd.).

und nicht nur anhand sog. objektiver Fakten vorzugehen (vgl. Bock 1998, 30). Im Einzelnen gesehen, verweist Frankls Konzept der Pathoplastik darauf, dass der Mensch, der an einer psychischen Krankheit leidet, fähig ist, einen adäquaten Umgang mit seiner Erkrankung zu finden. Er kann eine unter psychohygienischer Perspektive optimale Einstellung zu ihr gewinnen. Fuchs zeigt auf, dass seelische Erkrankungen als Modifizierungen der Leiblichkeit des Menschen zu verstehen sind. Die Erfahrung des seelischen Krankseins äußert sich als ein Fremdwerden oder eine Entzweiung des Leibes (Fuchs 2000a, 131).

Welche Art der Ressourcenorientierung ist mit diesen an die geisteswissenschaftliche Tradition anknüpfenden psychiatrischen Verstehensansätzen verbunden?

Seelisch krank zu sein bzw. zu werden, stellt zunächst grundsätzlich eine Möglichkeit des Menschseins dar. Wenn Betroffene entsprechende Erfahrungen machen, sind sie also tiefergehend als die meisten Menschen mit der *Conditio humana* konfrontiert (Heinz 2014, 343). Außerdem kann man sagen, dass die Erfahrungs- und Handlungsweisen psychisch kranker Menschen länger zur Vielfalt des menschlichen Daseins gerechnet werden, wenn seelische Erkrankungen aus einer anthropologischen Perspektive verstanden werden (vgl. Bock et al. 2004b, 11). Der Übergang zum „normalen“ Erleben ist dann nämlich fließend. Demgemäß sollten die Stärken oder Schwächen eines psychisch kranken Menschen nicht immer auf die „abstrakte“ Krankheit bezogen werden, sondern sie sind gleichermaßen als Eigenarten der Person wahrzunehmen (vgl. Bock 1998, 39).

Die mit einer seelischen Erkrankung zusammenhängende Symptomatik ist nicht nur eine Störung, sondern auch eine Lösung und bedeutet z.B. „[...] ähnlich dem Traum eine [...] menschliche Anpassungs- und Selbstheilungsleistung“ (ebd., 34). Die Krankheits-symptomatik als Anpassungs- und Bewältigungsleistung zu verstehen, mag aus distanzierter Sicht unzureichend erscheinen, jedoch kann sie als Kompromiss, der einer Person aktuell möglich ist, nicht geleugnet werden (vgl. ebd.).

Insgesamt betonen die vorgestellten Perspektiven auf das seelische Kranksein, dass bei jeder noch so schweren psychischen Krankheit gesunde und kompetente Anteile erhalten bleiben. Zudem wird anhand der unter III 2 dargestellten Perspektiven klar, dass eine ressourcenorientiertere Sichtweise in Bezug auf seelische Erkrankungen im Prinzip möglich ist.

### III 2.2 Zur Ressourcenorientierung therapeutischer Ansätze

Den nächsten Teil der Arbeit widme ich Überlegungen zur Ressourcenorientierung im Rahmen des therapeutischen Paradigmas. In manchen psychotherapeutischen Verfahren

existieren explizit ressourcenorientierte Zielsetzungen und Vorgehensweisen. Trautmann-Voigt (2008, 32) kommt u.a. zu der Einschätzung, dass die Ideen der Salutogenese mit kognitiven, rational-emotiven und psychodynamischen Denkansätzen in der Psychotherapie gut verbindbar seien, genauso wie mit humanistischen, anthropologischen oder philosophischen Ansätzen. Den verschiedenen leib- und bewegungstherapeutischen bzw. den körperpsychotherapeutischen Ansätzen ist trotz aller Unterschiede gemeinsam, dass sie verstärkt an den Potenzialen und Ressourcen ihrer Klientel ansetzen und nicht an den Defiziten.

Ich bevorzuge, das sei hier angemerkt, die Bezeichnung „Leib- und Bewegungstherapien“. Unter diesem Begriff subsumiere ich – unter Vernachlässigung sämtlicher theoretischer und inhaltlicher Unterschiede – auch die „Körperpsychotherapie“ und die „Tanztherapie“. Dabei beziehe ich mich auf Hölter (2014, 27), für den die Begriffe „Leib“, „Bewegung“ und „Bewegungstherapie“ in Deutschland wissenschaftsgeschichtlich die Nähe zur psychosomatischen Medizin bzw. zur psychotherapeutischen Behandlung ausdrücken.<sup>88</sup>

### **III 2.2.1 Die Ressourcenorientierung am Beispiel zweier psychotherapeutischer Ansätze**

#### *III 2.2.1.1 Selbstbemächtigung des Subjekts durch Psychotherapie (Pohlen/Bautz-Holzherr)*

Um die im Kranksein liegenden Potenzen ins Zentrum der psychotherapeutischen Betrachtungen zu rücken, entwickeln Pohlen/Bautz-Holzherr unter psychodynamischer Perspektive eine „Tiefenpsychologie des Begehrens“ (Pohlen/Bautz-Holzherr 2001, 32). Vereinfachend ausgedrückt, wird im Therapiekonzept die Dialektik der Gegensätze von Individuum und Gesellschaft dadurch wiedereingeführt (ebd., 23), dass auf die ursprünglichen Widersprüche zwischen dem Triebverlangen des Kindes und den von den Eltern vermittelten gesellschaftlichen Vorschriften und Gesetzen Bezug genommen wird (ebd., 90).<sup>89</sup> Deshalb ergibt sich auch für den Erwachsenen ein andauernder Konflikt zwischen individuellem Begehren und gesellschaftlichen Geboten (vgl. ebd., 30).

---

<sup>88</sup> Im Anschluss an die phänomenologische Tradition Merleau-Pontys eignen sich jene Begriffe laut Hölter (2014, 27) gerade deshalb, weil der Leib etwas Drittes meint, in dem Physiologisches und Geistig-Seelisches eins sind, und die Bewegung die Realisierungsform des Leiblichen darstellt.

<sup>89</sup> Pohlen/Bautz-Holzherr (2001, 20) postulieren einen triebtheoretischen Grund der menschlichen Verfasstheit. Dabei knüpfen sie an die Freudsche Triebtheorie an, die eine Verbindung zwischen den Triebquellen im Psychophysischen (dem Grund des Drangs) und den Objekten/Zielen des Triebs herstellt (ebd., 66). Der Selbstbildungsprozess des Subjekts in Bildungskomplexen stellt eine Triedomestizierung dar, die an den Brennpunkten der Körperöffnungen erfolgt (ebd.; mit Bezugnahme auf Erikson 1965).

Die Symptomatik des Patienten gilt in der genannten Sichtweise nicht als eine Devianz.<sup>90</sup> Vielmehr lassen die Symptome, als unbewusst wirkende Mächte, das psychotherapiebedürftige Subjekt eine „Selbstentmächtigung“ erfahren. Da der Patient m.a.W. keine Macht über die namenlosen Phänomene hat, bedarf es des Akts der Benennung durch einen Dritten (vgl. ebd., 48). Die psychodynamische Psychotherapie hat somit den Anspruch, für das Souveränitätsbegehren des Subjekts Partei zu ergreifen, und zwar unter dem Gesichtspunkt, dass es sich keiner gesellschaftlichen Schädigung aussetzt (vgl. ebd., 77 ff.).

Konkret gilt es, die Defizienzerfahrung konstruktiv umzuwenden und ein anderes Erleben der Symptomatik anzustreben. Die selbstdiskriminierende Erfahrung, dass einem etwas fehlt, soll in Richtung einer produktiven Selbstbemächtigung gewendet werden (ebd., 129). Es geht dabei nicht um eine Symptombeseitigung, sondern darum, „[...] das bisher isolierte und befremdliche Erleben durch passende Erklärung wieder ins Ich-Gefühl des Patienten zu integrieren“ (ebd., 130). Durch einen Prozess des Nachdenkens bzw. des Nachdenklich-Werdens kann im Laufe des psychotherapeutischen Prozesses die prospektive Seite des Symptoms entdeckt und das früher verleugnete Begehren bejaht werden (ebd., 132). Laut Pohlen/Bautz-Holzherr erfolgt eine solche Änderung der Selbstsicht durch eine andere Interaktionserfahrung im Rahmen der Therapie (ebd., 111). Ermöglicht wird sie durch das Herstellen einer emotional entspannten Atmosphäre, einer ambivalenzfreien Beziehung und durch Wohlbefinden in der therapeutischen Situation (ebd., 115).

Worin besteht die Ressourcenorientierung dieses psychodynamischen Therapiekonzepts?

Die psychische Krankheit und die Symptomatik werden nicht als störende Abweichung deklassiert. Vielmehr werden ihr eine eigene „Potenz“ und eine produktive Bedeutung für das Individuum zugeschrieben.<sup>91</sup> Die seelische Erkrankung bedeutet eine Verweigerung der Anpassung und kommt einem verborgenen Ort der prospektiven Intentionen des Subjekts gleich; Heilung meint demgemäß ein Genesen von der Selbstverbergung im Versteck der Krankheit (ebd., 243).

---

<sup>90</sup> Die beiden Autoren kritisieren in diesem Zusammenhang das diagnostische System der ICD-10 scharf: Ein Bezugssystem anhand der normativen Kategorien „normal und anormal“ ermögliche keinen Zugang zu den lebensgeschichtlichen Besonderheiten des Patienten und die Kommunikation mit dem Patienten werde an dem Punkt abgebrochen, an dem eigentlich der Dialog über die subjektive Bedeutung des Krankseins aufgenommen werden müsse (Pohlen/Bautz-Holzherr 2001, 76).

<sup>91</sup> Außerdem werden seelische Erkrankungen als spezifische Formen der Auflehnung gegen ein gesellschaftliches Normalisierungsdiktat gesehen. So können z.B. die Süchte als eine Revolte gegen die Verweigerung von Transzendenz aufgefasst werden oder die Hysterie als ein Aufbegehren gegen die Entsinnlichung des Subjekts (vgl. Pohlen/Bautz-Holzherr 2001, 195).



#### *III 2.2.1.2 Entwicklungsfördernde Psychotherapie (Peter Fürstenau)*

Der Ausgangspunkt von Fürstenaus (1992) entwicklungsförderndem Therapieansatz fußt grundsätzlich auf dem Ich-Begriff Freuds. „Indem Freud dem Ich die Aufgabe zuweist, zwischen der inneren (Erlebnis-)Welt einschließlich der in ihr repräsentierten Erlebniswelt und der Außenwelt (Umgebung) zu vermitteln, formuliert er nicht nur ein Ziel gelingenden Lebens, sondern auch ein Ziel für Beratung und Psychotherapie“ (Fürstenau 1992, 8).<sup>92</sup> Die Produktivität des Ich-Begriffs liegt für Fürstenau u.a. darin, dass er sich als systemische Theorie entfalten kann (ebd., 8). Aus einer Systemperspektive betrachtet, bezeichnet die Diagnose „psychisch krank“ einen brisanten sozialen Vorgang der Zuschreibung und Kontrolle (ebd., 25). Im Hinblick auf das psychoanalytisch-therapeutische Handeln stellt sich daher die Frage, inwieweit es um die Entwicklungsförderung oder um die Orientierung an der Defizienz zu gehen hat (vgl. ebd., 64 ff.).

Mit Bezugnahme auf eine Entwicklungskonzeption, die die gesamte Lebensspanne umfasst, stehen laut Fürstenau auch Erwachsene lebenslänglich vor neuen Situationen, die durch innere Anpassungsprozesse gemeistert werden müssen (ebd., 65). Demgemäß muss die Therapie „[...] dem Patienten dazu verhelfen, den Entwicklungsschritt, vor dem er steht und der zur Krise bzw. Dekompensation geführt hat, in einer seiner Persönlichkeit gemäßen Form erfolgreich zu bewältigen“ (ebd., 66). Seiner Ansicht nach haben Analytiker im Prozess ihres Handelns deshalb zwei Ansatzpunkte zu integrieren (vgl. ebd., 66 f.): Sie müssen einerseits an den „gesunden“ Persönlichkeitsanteilen der Patienten anknüpfen (sie fördern, verstärken und ihre Entwicklung anregen) – Fürstenau bezeichnet dies als „Entwicklungsförderung im umfassenden Sinn“; andererseits müssen sie sich den pathologischen Persönlichkeitsanteilen des Patienten zuwenden, die im Übertragungsgeschehen aktualisiert werden, was einer Arbeit an der Defizienz entspricht.<sup>93</sup> Primäres Ziel der Therapie ist jedoch immer die „Progression“, d.h. die gesunde, normale Weiterentwicklung des Patienten (ebd., 67). Der zentrale therapeutische Heilfaktor besteht in einer supportiven und auch suggestiven therapeutischen Beziehung, die positiv erlebt wird (ebd., 79).

---

<sup>92</sup> Zwei weitere Konzeptualisierungsschwerpunkte sind bedeutsam (vgl. Fürstenau 1992, 14 f.): Zum einen sind es Theorien zur Phase der Ich- bzw. Selbstbildung, die die eigentümliche Psychologie des frühen pathologischen Ich (Selbst) erhellen, beschrieben von den Objektbeziehungstheoretikern unterschiedlicher Richtungen (z.B. Meltzer, Winnicott, Ogden). Zum anderen ist es die Ausweitung der Entwicklungsperspektive auf das gesamte Leben, wie es bspw. in Eriksons Darstellung der Fall ist (vgl. ebd., 18).

<sup>93</sup> Dies erfordere von Therapeuten, so Fürstenau, einen „doppelten Blick“ und, daraus resultierend, „doppelte“, unterschiedliche Aktivitäten (Fürstenau 1992, 71).

Welche gesundheits- bzw. ressourcenorientierten Aspekte umfasst Fürstenau „Entwicklungsförderung durch Therapie“? Meiner Meinung nach ist es insbesondere der Gedanke einer „Strukturveränderung durch neue Erfahrung“: Trotz einer Verschränkung gesunder und pathologischer Strukturanteile sind Patienten in der Lage, neue Möglichkeiten der Verarbeitung zu entfalten. Sie können lernen, sich anders zu bisherigen Überzeugungen, Haltungen oder Ängsten einzustellen, denn mit dem Erreichen einer neuen Entwicklungsstufe werden auch neue Ich-Fähigkeiten erworben (vgl. ebd., 77). Dies entspricht einer ressourcenorientierten Sichtweise.

Die Therapie stellt laut Fürstenau aber nicht die einzige Entwicklungschance dar. Seines Erachtens entspricht sie nur einer „professionellen Optimierung“ der normalen Entwicklungsprozesse (ebd., 78). Auch „[...] ohne Therapie ergeben sich aus neuen besseren Erfahrungen unter günstigen Umständen Anregungen zur Revision überkommener pathologischer Überzeugungen und Einstellungen“ (ebd., 81).

### **III 2.2.2 Ressourcenorientierung der Leib- und Bewegungstherapien**

In den folgenden Abschnitten werde ich untersuchen, welche Aspekte der Ressourcenorientierung die Verfahren gemeinsam haben, die ich zusammenfassend und vereinfachend als Leib- und Bewegungstherapien bezeichne. Meiner Meinung nach lassen sich trotz aller Unterschiede Gemeinsamkeiten bezüglich der Ressourcenorientierung erkennen.

Zunächst kann, was das Menschenbild betrifft, die Vorstellung eines „positiven Kerns“ genannt werden (vgl. Marlock/Weiss 2006b, 8). Im Vergleich zu den rein verbalen Psychotherapieformen weisen die Leib- und Bewegungstherapien dadurch eine spezielle Form der Ressourcenorientierung auf, dass sie an der Leiblichkeit des Menschen ansetzen. Die menschliche Subjektivität gilt als verkörpert bzw. der Mensch als leiblich in der Welt situiert (vgl. ebd., 7). Diese besondere Ressource ist u.a. aufgrund der Tatsache gegeben, dass der Leib mehr weiß, als wir es sprachlich-reflektierend erfassen können. Verschiedene leib- und bewegungstherapeutische Ansätze beziehen sich in diesem Kontext z.B. auf Gendlins Konzept des „felt sense“ (vgl. z.B. Künzler 2013, 10; Koch/Eberhard-Kächele 2014, 152). Der „felt sense“ meint ein ganzheitliches inneres Empfinden, das sich von üblichen Körperempfindungen unterscheidet (Gendlin/Hendricks-Gendlin 2006, 265). Ausgehend von der Vorstellung eines situativen Körpers – unser Körper empfindet Situationen, fühlt sich z.B. wohl oder unwohl –, kann jene spürbare und nur schwer beschreibbare „trübe Zone“ in einem klärenden Prozess „explizit“ werden, sodass greifbare

Erfahrungen möglich werden und sich Bedeutungen offenbaren, die „[...] dann das Leben voranbringen“ (vgl. ebd., 266 f. und 271).

Der Zugang zum Menschen über die Bewegung und die Leiblichkeit lässt noch in anderer Hinsicht eine Ressourcenorientierung erkennen. Im Zusammenhang mit den Wirkfaktoren der Tanz- und Bewegungstherapie nennen Koch/Eberhard-Kächele (vgl. 2014, 150 ff.) weitere wichtige Gesichtspunkte, die eine Ausrichtung an den Ressourcen der Klienten deutlich machen. Die Bewegung an sich und somit die Arbeit über die Bewegung gilt als eine der wichtigsten Formen der Ressourcenaktivierung, die eine heilsame Wirkung entfalten kann (ebd., 153). Zudem weckt die ressourcenorientierte Arbeit an der leiblichen Ausdrucksdruckfähigkeit Selbstwirksamkeits- und Besserungserwartungen (ebd., 152). Da die Elemente des Ausdrucks- und Bewegungsrepertoires als Resilienzfaktoren und Coping-Ressourcen verstanden werden können, entspricht ihre Erweiterung einer Bewältigungserfahrung (z.B. in Bezug auf Stress) (ebd., 154). Darüber hinaus können positive sinnliche Erfahrungen dabei helfen, die gegenwärtigen Ressourcen auszuschöpfen und negative Erwartungen aus der Vergangenheit zu überwinden, was einer korrektiven emotionalen Erfahrung gleichkommt (ebd., 153).

Als bedeutsamer tanztherapeutischer Wirkfaktor gilt nach Koch/Eberhard-Kächele (ebd.) auch die aktive Patiententeilnahme: Die Patienten werden als gleichberechtigt und eigenverantwortlich angesehen und man traut ihnen zu, eigene Ziele und konstruktive, realistische Lösungen zu erarbeiten. Ein solcher Grundsatz verweist m.E. ebenfalls auf eine ressourcenorientierte Denkweise. Ein letzter Aspekt bezieht sich auf den künstlerischen oder ästhetischen Wirkfaktor. Gemäß Koch/Eberhard-Kächele beschreibt dieser Faktor u.a. das „[...] Heilsame im Erleben und im Schaffen des Schönen und Authentischen [...]“ (ebd.). In einem, wie ich finde, ganz ähnlichen Sinn führt Hölter aus, dass der Musik und dem Tanz, aber auch der Bewegung und der Kunst im Allgemeinen eine „magische Kraft“ innewohne, die bislang erst ansatzweise entschlüsselt worden sei (Hölter 2014, 30). Ein Bezug zur Salutogenese ergibt sich seiner Meinung nach, da Antonovsky die „Magie“ als eine für die seelische Gesundheit wichtige Widerstandsressource benennt (ebd.).<sup>94</sup>

### **III 2.2.3 Ergebnis zur Ressourcen- und Gesundheitsorientierung therapeutischer Ansätze**

Im Hinblick auf eine Ressourcenorientierung bestehen durchaus Anknüpfungsmöglichkeiten an bestimmte Behandlungsansätze des therapeutischen Paradigmas.

---

<sup>94</sup> Auf Antonovskys Konzept der Salutogenese gehe ich in Kapitel III 3.4.2 ein.

Was die Leib- und Bewegungstherapien angeht, ist insgesamt eine deutliche Orientierung an der Gesundheitsentwicklung und an den Ressourcen bzw. den Schutzfaktoren der Klienten feststellbar. Die spezielle Form der Ressourcenorientierung ist vor allem durch die leib- und bewegungsbezogenen Vorgehensweisen bedingt – indem also an der Leiblichkeit des Menschen angesetzt wird. Aber auch künstlerische oder ästhetische Wirkfaktoren, wie sie etwa in der Tanztherapie eine Rolle spielen, legen eine Ressourcenorientierung nahe.

Die wichtigsten Aspekte der Ressourcenorientierung können anhand der beiden dargestellten Psychotherapie-Formen wie folgt zusammengefasst werden: Pohlen/Bautz-Holzherr relativieren die Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit, indem sie die seelische Erkrankung nicht bloß als eine persönliche Defizienz, sondern auch als eine gesellschaftliche Zuschreibung begreifen. Die psychische Krankheit lässt sich deshalb als Eigensinn oder als Potenzial der betreffenden Person verstehen. Für das in der Symptomatik steckende Begehren muss ein Wirkungskreis gefunden bzw. ein Raum geschaffen werden. Fürstenaus entwicklungsbezogenes Konzept hebt die behandlungsdynamische Bedeutung des Gesundungswillens und des Progressionsstrebens von Patienten hervor (vgl. Fürstenaus 1992, 81). Die Therapie zielt darauf, Patienten sowohl auf dem Niveau ihrer gesunden erwachsenen Verantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit anzusprechen als auch ihre Bedürftigkeit oder Hilflosigkeit wahrzunehmen (ebd., 84).

In beiden Fällen ist die Interaktion der Therapeuten durch Unterstützung und Engagement gekennzeichnet, um die Souveränität bzw. die individuelle Entwicklung der Klienten zu fördern.

### III 3 Das Phänomen „Gesundheit“: Definitionen, Begriffe und Bestimmungen

#### III 3.1 Einleitung und Überblick

In Kapitel III 3 rücke ich das Phänomen „Gesundheit“ ins Zentrum der Überlegungen.

Gesundheit gilt heutzutage in weiten Kreisen als erstrebenswert und als Ausdruck bzw. als Teil moderner Lebensqualität (Kickbusch 2006, 9). In Anbetracht der herausragenden Bedeutung der Gesundheit im 21. Jahrhundert spricht Kickbusch sogar von einer sich vor unseren Augen formierenden „Gesundheitsgesellschaft“ (ebd., 8). Laut Seewald (2003, 137) ist „Gesundheit“ deshalb ein solches Konjunkturthema geworden, weil es eines „[...] der wichtigsten Stichwörter zur Neuorientierung postmoderner Gesellschaften in den Zeiten

allgemeiner Orientierungsnot [...]“ darstellt, selbst wenn es als „Passepartout“ für die vielfältigen Problemlagen ungeeignet erscheint.

Zugleich ergeben sich durch die Bedeutungszunahme des Gesundheitsthemas Risiken, und zwar in gesellschaftlicher Hinsicht wie auch für das Individuum. Keupp weist in diesem Kontext darauf hin, dass Gesundheitsdiskurse immer auch Normalitätsdiskurse sind: „Gesundheit ist ein Feld der Herstellung von gesellschaftlich gewünschtem und gefordertem Verhalten und entsprechender Habitusformen. Gesundheit ist in diesem Sinne ein Ort sozialer Kontrolle“ (Keupp 1996, 25). Die Gesundheits- und Normalitätsdiskurse führen stets zu Prozessen innerer Vergesellschaftung und werden zu Instanzen im Subjekt selbst (Keupp 1994c, 258). Keupp zufolge eignet sich keine persönliche und gesellschaftliche Sphäre so hervorragend als Prägeanstalt für gewünschtes und adäquates Verhalten wie der Bereich der Gesundheit: „Gesundheit ist ein Medium, in dem sich der von Norbert Elias allgemein beschriebene Prozess vom ‚Fremdzwang‘ zur ‚Selbstzwangapparatur‘ vollzieht“ (ebd.).

Ein anderes Problem stellt sich in Verbindung mit der Frage, was Gesundheit eigentlich sei. Die Frage lässt sich nicht so einfach beantworten. Will man „Gesundheit“ bestimmen oder erfassen, so zeigt sie sich als ein Phänomen, das sich entzieht und das sich vor allem aus seiner Abwesenheit heraus, gleichsam „ex negativo“, beschreiben lässt (vgl. Seewald 2008, 66). Sog. „positive“ Bestimmungen von Gesundheit sind häufig mit „Wohlbefinden“<sup>95</sup> assoziiert (vgl. Jessel 2012, 53). Dies drückt sich z.B. in der idealistisch formulierten und mittlerweile revidierten Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation von 1947 aus: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur des Freiseins von Krankheit oder Gebrechen“ (Weltgesundheitsorganisation 1947; zit. n. Kickbusch 2006, 36).

Nach diesen ersten Ausführungen dürfte es bereits klar sein, dass die „Gesundheit“ als Thema bzw. als Phänomen facettenreich, nicht so leicht fassbar und durchaus widersprüchlich ist.

Im Folgenden geht es mir deshalb darum, aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten, was Gesundheit ist, wie sie begriffen werden kann und wie sie entsteht. Bevor ich den weiteren Gang der Arbeit beschreibe, möchte ich zwei Entscheidungen voranstellen, die ich getroffen habe: Erstens verzichte ich – trotz der Klientel, für die mein Konzept gedacht ist –

---

<sup>95</sup> Das deutsche Wort „Wohlbefinden“ wird auf Englisch mit „well being“ übersetzt. Es lässt an Wohl oder Wohlergehen als gutem oder glücklichem Zustand denken und – in einem erweiterten Sinn – auch an Wohlbehagen bzw. wohligh angenehme, behagliche Gefühle (vgl. Milz 1995, 20).

darauf, mich auf ein Gesundheitskonzept zu beziehen, das die seelische von der allgemeinen Gesundheit trennt, sie gewissermaßen als deren Teilbereich, betrachtet. Eine Abspaltung der psychischen von der allgemeinen Gesundheit widerspricht nämlich dem Verständnis einer leiblichen Verfasstheit des Menschen.<sup>96</sup> Zweitens steht eine auf das Individuum ausgerichtete Gesundheitsperspektive im Zentrum meines Interesses, wobei die – z.B. belastenden – sozialen Umstände einer Person nicht ignoriert werden.

An den Gesundheitsbegriff nähere ich mich im Folgenden zuerst aus anthropologischer Sicht an (vgl. III 3.2). Darauf erfolgen historische Anknüpfungen in Bezug auf das Verständnis von Gesundheit (vgl. III 3.3). Nach einer Übersicht zum Gesundheitsverständnis in der westlichen Medizin- und Kulturgeschichte (vgl. III 3.3.1) stelle ich das Gesundheitssystem der Diätetik vor, und zwar sowohl aus Sicht der Antike (vgl. III 3.3.2.1) als auch im Zusammenhang mit einem Gesundheitsmodell der Gegenwart (vgl. III 3.3.2.2). Auf Nietzsches Gesundheitsbegriff (vgl. III 3.3.3) gehe ich im medizinhistorischen Kontext ebenfalls ein. Er ist mit der „Vernunft des Leibes“ und mit der Krankheit als einem wesentlichen Impuls zur Gesundheit verbunden. Die historischen Ausführungen zur Gesundheit bieten Anregungen für ein aktuelles Verständnis der Gesundheit, wie ich jeweils herausarbeiten werde.

Der Frage, wie Gesundheit entsteht, widme ich ein nächstes Kapitel (vgl. III 3.4.1). In diesem Kontext erläutere ich ausführlich ein ressourcenorientiertes Modell zur Entstehung von Gesundheit: die Salutogenese (vgl. III 3.4.2). Dazu lege ich die wichtigsten Begriffe von Antonovskys salutogenetischem Modell dar (vgl. III 3.4.2.1), z.B. den Kohärenzsinn als zentraler Gesundheitsressource. Nach einer Einschätzung des Salutogenese-Modells im Allgemeinen und des Kohärenz-Gedankens im Speziellen (vgl. III 3.4.2.2), schlage ich eine erweiterte Betrachtungsweise des Kohärenzsinns in leiblicher Hinsicht vor (vgl. III 3.4.2.3.1). Danach referiere ich Überlegungen zur Förderung des Kohärenzsinns (vgl. III 3.4.2.3.2). Kapitel III 3 schließt mit einem Zwischenergebnis zu den dargelegten Gesundheitsbestimmungen bzw. -modellen und ihrer Bedeutung für die Förderung von Gesundheit (vgl. III 3.5).

---

<sup>96</sup> Eine Trennung der psychischen von der allgemeinen Gesundheit kann auch aus einer psychosomatischen Perspektive kritisch betrachtet werden: Sie ist widersinnig, da gerade die Psychosomatik von einer ständigen Interaktion zwischen somatischen, kognitiv-emotionalen und motorischen Reaktionen ausgeht (vgl. Schmolke 2001, 21; mit Bezugnahme auf Franke 1993a).

### III 3.2 Annäherungen an den Gesundheitsbegriff aus anthropologischer Sicht

Seewald konstatiert m.E. zu Recht, dass in vielen Texten zur Gesundheit die Frage, was Gesundheit eigentlich ist, einfach übersprungen wird (Seewald 2008, 66). Da ich diese Frage für meine Untersuchung als wichtig erachte, möchte ich mich dem Phänomen grundlegend, d.h. aus einer anthropologischen Perspektive nähern. Mit Bezugnahme auf Gadamer (1993) stellt Seewald vier wesentliche anthropologische Bestimmungen der Gesundheit heraus: die Verborgenheit, die Potenzialität, die Unmittelbarkeit und die Nicht-Machbarkeit (ebd., 66 f.). Diese werde ich in den folgenden Abschnitten referieren. Dabei beziehe ich mich sowohl auf den o.g. Text von Seewald als auch direkt auf Gadamers Ausführungen.

Wie weiter oben angedeutet, kann Gesundheit vor allem aus ihrer Abwesenheit heraus beschrieben werden: Erst im Fall von Krankheit oder Missbefinden wird einem die fehlende Gesundheit zum Problem. Bei guter Gesundheit zu sein heißt hingegen, dass die Gesundheit nicht thematisiert werden muss (ebd., 66 f.). Denn laut Gadamer ist die Krankheit das sich selbst Objektivierende, d.h. das Aufdringliche oder das sich Entgegenwerfende, nicht die Gesundheit (Gadamer 1993, 137). Gadamer spricht deshalb von der „Verborgenheit der Gesundheit“: „Es liegt ganz unzweifelhaft in der Lebendigkeit unserer Natur, daß die Bewusstheit sich von sich selbst zurückhält, so daß Gesundheit sich verbirgt. Trotz aller Verborgenheit kommt sie aber in einer Art Wohlgefühl zutage, und mehr noch darin, daß wir vor lauter Wohlgefühl unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren – das ist Gesundheit“ (ebd., 144).

Im letzten Teil von Gadamers Zitat wird eine zweite Dimension der Gesundheit deutlich: ihre Potenzialität. Positiv lässt sich Gesundheit nämlich als Potenzial beschreiben, „[...] um etwas in der Welt zu bewirken, was nicht Gesundheit ist. Gesundheit bereitet gleichsam die Bühne für die Akteure und die Aktionen des Lebens. Sie schafft die Voraussetzungen, tritt aber selber nicht in Aktion“ (Seewald 2008, 66).

Gesundheit wird aus anthropologischer Sicht drittens durch ihre Unmittelbarkeit bestimmt, ein Umstand, den sie mit anderen Leibphänomenen wie etwa der Krankheit oder der Bewegung teilt (ebd., 67). Gesundheit ist somit „[...] immer die meine, d.h. sie betrifft mich in einer Unmittelbarkeit wie keinen zweiten“ (ebd.). Daher lässt Gesundheit sich auch keine Standardwerte aufgrund von Durchschnittserfahrungen aufzwingen, denn letztlich ist sie „[...] ein Zustand der inneren Angelegenheit und der Übereinstimmung mit sich selbst [...]“ (Gadamer 1993, 138).

Die Nicht-Machbarkeit ist die vierte Bestimmung von Gesundheit (Seewald 2008, 67). Aufgrund der Eigenregulation des Körpers stehen Ursachen und Wirkungen nie in einem

linearen Verhältnis zueinander (ebd.). Dies meint, dass Gesundheit im strengen Sinne nicht herstellbar ist, sondern nur angestrebt werden kann. Die Gesundheit ist „[...] Rhythmik des Lebens, ein ständiger Vorgang, in dem sich immer wieder Gleichgewicht stabilisiert“ (Gadamer 1993, 145). Dies zeigen die drei rhythmischen Phänomene bzw. Funktionen Atem, Stoffwechsel und Schlaf, „[...] deren Ablauf Lebendigkeit, Erfrischung und Energieaufbau bewirkt [...]“, die in Wahrheit aber nicht wirklich zu beherrschen sind, sondern mit uns geschehen (ebd., 145 f.).

Aus anthropologischer Sicht, so das Resümee, erscheint die Gesundheit als „schillerndes Phänomen“, „[...] das sich dem direkten Zugriff entzieht und voller Widersprüche steckt“ (Seewald 2008, 67).

### III 3.3 Historische Anknüpfungen in Bezug auf Gesundheit

#### III 3.3.1 Wandel des Gesundheitsverständnisses in der westlichen Medizin- und Kulturgeschichte

In den nächsten Abschnitten lege ich dar, wie die Gesundheit – und damit verbunden: die Krankheit – im Laufe der europäischen Medizin- und Kulturgeschichte unterschiedlich aufgefasst wurde. Wie oben angedeutet, geschieht dies mit der Absicht, aus den geschichtlichen Wurzeln Impulse zu gewinnen, die z.T. in Vergessenheit geraten sind, die ein aktuelles Verständnis von Gesundheit aber bereichern können.

Die historische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit lässt sich sinnvollerweise in die Epochen der Antike, des Mittelalters und der Neuzeit unterteilen (vgl. von Engelhardt 2013). Die Medizingeschichte der vergangenen 2500 Jahre zeigt, dass ein Wandel von einem Primat der Gesundheit zu einem Primat der Krankheit stattgefunden hat (Seewald 2008, 65). Dies wird durch die nachfolgenden Ausführungen deutlich werden.

In der Antike werden Gesundheit und Krankheit kosmologisch und anthropologisch interpretiert. „Die Vorsokratiker, die griechisch-römischen Philosophen und die Mediziner jener Jahrhunderte entwickeln ein universales Schema von Elementen, Qualitäten, Säften, Organen, Temperaturen, Tages- und Jahreszeiten“ (von Engelhardt 1996, 14). Dementsprechend wird die Gesundheit als ein Zustand der Harmonie oder der Balance bezüglich der verschiedenen Elemente, Qualitäten und Säfte begriffen, Krankheit dagegen als ein Zustand der Disharmonie (ebd.).<sup>97</sup> Im Vergleich zur Moderne kennt die Antike außerdem nicht nur die Gegensätze von Gesundheit und Krankheit, sondern zusätzlich auch

---

<sup>97</sup> Gemäß der antiken Säftelehre wird die Gesundheit als Wohlverhältnis der Säfte, als sog. „Eukrasie“, Krankheit hingegen als Säfte-Missverhältnis bzw. als „Dyskrasie“ bezeichnet (von Engelhardt 2013, 29).



einen dritten Zustand, die sog. „Neutralität“ (von Engelhardt 2013, 30). Insofern befindet sich der Mensch „[...] immer in einem heiklen Mittelzustand [...]“ und „[...] ist weder vollkommen krank noch vollkommen gesund“ (ebd.).

Da die Medizin der Antike gleichermaßen als eine Wissenschaft der Gesundheit, der Krankheit und der Neutralität begriffen wird, muss es dem Arzt nicht nur um die Überwindung von Krankheit, sondern ebenso um die Erhaltung von Gesundheit gehen (ebd.). Folglich ist die antike Heilkunde seit den Zeiten des Hippokrates (460 – 375 v. Chr.) durch drei Handlungsmuster geprägt, die nebeneinander bestehen: die Diätetik, die Pharmazeutik und die Chirurgie (Schneck 1996, 115). Der erste Ansatz umfasst die Behandlung durch die Lebensweise, der zweite die Behandlung durch Arzneien und der dritte die Behandlungsverfahren durch die Hand (ebd.). Im antiken Kontext ist die Gesundheitsbewahrung der Krankheitsüberwindung übergeordnet (von Engelhardt 1996, 15). Hierbei spielt vor allem die Diätetik, die ich weiter unten noch ausführlicher erörtern werde, eine zentrale Rolle.

Im Übergang von der Antike zum Mittelalter verändert sich das kosmologisch-anthropologische Verständnis von Gesundheit und Krankheit allmählich in die Richtung einer transzendentalen Orientierung (von Engelhardt 2013, 32). Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist im christlichen Mittelalter durch die theologische Perspektive und somit die Vorstellung des Jenseits entscheidend geprägt (von Engelhardt 1996, 15).<sup>98</sup> Die Therapie und die ärztliche Tätigkeit erhalten einen zutiefst religiösen Sinn. Denn in der Bewegung von der Gesundheit über die Krankheit zur Heilung des Individuums wird der heilsgeschichtliche Verlauf vom Paradies über die irdische Existenz zur Auferstehung gewissermaßen vorweggenommen (ebd.). Wie am Beispiel der immer wieder an Krankheiten leidenden Äbtissin, Naturforscherin und Ärztin Hildegard von Bingen deutlich wird, entspricht das Gesundheitsideal in jener Epoche am ehesten der Fähigkeit, Krankheit und Leid auszuhalten, und keineswegs einem Freisein von ihnen. Denn Schmerzen und Tod gelten als unaufhebbare Charakteristika des menschlichen Lebens (vgl. ebd., 15 f.).

In der Neuzeit wird das Verständnis von Gesundheit und Krankheit schließlich dem Gesetz der Säkularisierung – der Verweltlichung des Paradieses – unterstellt, indem ewiges Leben, Gesundheit, Jugend und Schönheit als neue Ideale gelten (von Engelhardt 2013, 36). Die Natur, das Individuum und die irdische Welt rücken so in den Mittelpunkt des

---

<sup>98</sup> Das Mittelalter hält dabei weiter an der Tradition der Diätetik fest, denn die Betonung des Spirituellen widerspricht der Gesundheitserziehung nicht: Als Gefäß der Seele muss der Körper gepflegt werden (vgl. von Engelhardt 1996, 20 f.).

Gesundheitsverständnisses. Die Säkularisierung führt in der Folge zu rasanten Fortschritten in Diagnostik und Therapie und, insbesondere im 19. Jahrhundert, zu enormen Errungenschaften, was die Verlängerung und die Verbesserung des Lebens angeht (vgl. ebd., 36 f.). Durch die Trennung von Leib und Seele, so wie sie in der cartesianischen Philosophie beschrieben wird, lassen sich „[...] sehr viel unbegrenzter und unproblematischer die Bedingungen des Körpers untersuchen [...]“, da auf die Seele und den Geist keine oder kaum Rücksicht genommen werden muss (ebd., 37). Seit dem 19. Jahrhundert heißt das „Zauberwort“ einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin demgemäß: Objektivität. Subjektivität wird dagegen als überflüssig oder sogar gefährlich erachtet (von Engelhardt 1996, 17).

Das Zeitalter des Idealismus und der Romantik um 1800 bildet eine Ausnahme gegenüber den oben beschriebenen neuzeitlichen Entwicklungen. Dieser Phase kann Nietzsches Gesundheitsbegriff zugeordnet werden, der Leib, Gesundheit und Krankheit miteinschließt.

Welche Bedeutung haben die historischen Perspektiven nun für ein aktuelles Gesundheitsverständnis?

Die antike Auffassung von Gesundheit betont die sog. Neutralität, als einen dritten Zustand zwischen Gesundheit und Krankheit. Mit der Vorstellung eines labilen Mittelzustands ist die alte hippokratische Zielsetzung verbunden, in Bezug auf ein gesundheitliches Gleichgewicht das zuträgliche Maß der Mitte zu erhalten oder wiederzuerlangen (Schneck 1996, 122). Dies impliziert, dass sich das Individuum im Hinblick auf seine Gesundheit stets um eine Balance bemühen muss. Dieser klassische Gedanke der Gesundheitsförderung ist nach wie vor aktuell. Dies zeigen z.B. subjektive Theorien zur Entstehung von Gesundheit, die auf eben dieser Vorstellung der Balance und des Ausgleichens basieren (vgl. Seewald 2008, 67 f.). Ein wichtiger Impuls des mittelalterlichen Gesundheitsverständnisses für die heutige Zeit besteht in einer „[...] Relativierung der heute gängigen Bewertung von Gesundheit als positiv und Krankheit als negativ“ (von Engelhardt 2013, 34). Wesentlich erscheint mir in dieser Hinsicht der Gedanke, dass Gesundheit nicht zwingend das Frei-Sein von Leiden und Beschwerden bedeutet. Die beschriebenen Entwicklungen in der Neuzeit regen schließlich dazu an, die zunehmend naturwissenschaftliche Betrachtung von Gesundheit und Krankheit und die Fokussierung auf die Krankheitsbekämpfung kritisch zu hinterfragen. Denn mit den Letzteren sind „[...] Reduktionen der Krankheit auf Objektivität [...]“ und somit „[...] anthropologische Verluste [...]“ verbunden (vgl. ebd., 30).

### III 3.3.2 Das Gesundheitssystem der Diätetik

#### III 3.3.2.1 Die antike Diätetik

Wie oben erwähnt, war die Heilkunde seit der griechischen Antike, neben der Pharmazie und der Chirurgie, ganz wesentlich durch das Handlungsmuster der Diätetik geprägt (Schneck 1996, 115). Als Kunst der Lebensführung bzw. ärztliche Behandlung durch die Lebensweise<sup>99</sup> befasste sich die Diätetik mit „[...] Vorschriften und Ratschlägen einer gesunden Ernährungsweise, der Körperpflege, der Gestaltung und Dauer körperlicher Übungen, Massagen, Bäder, der Bekleidung, des Schlafes bis hin zum zuträglichen Maß sexueller Aktivitäten“ (ebd., 116 f.). Bis in die Neuzeit hinein blieb die Diätetik das verbindliche Leitbild oder Therapiekonzept. Erst ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begann sie angesichts der Dominanz naturwissenschaftlicher Entwicklungen endgültig zu verschwinden (vgl. ebd., 115).<sup>100</sup>

Die klassische Heilkunde hippokratischer Ausrichtung war grundsätzlich auf zwei Phänomene ausgerichtet: auf die „Physis“, nämlich die angeborenen Anlagen und natürlichen Gegebenheiten, und auf den „Nomos“, d.h. die erworbenen Sitten und Bräuche, als Ergebnis von Erziehung und bewusstem Tätigsein des Menschen (ebd., 116). Die Diätetik als Lebenskunst bezieht sich auf den zweiten Aspekt. In diesem Sinn umfasst sie eine ganzheitliche Stilisierung und Kultivierung des Lebens, d.h. konkret, den „[...] Umgang mit sechs Bereichen, die sich nicht von selbst verstehen, die vom Menschen in die Hand genommen werden müssen und deshalb als ‚sechs nicht natürliche Dinge‘ (‚sex res non naturales‘) bezeichnet werden [...]“ (von Engelhardt 2013, 30). Im Einzelnen meinten die „sex res non naturales“ den Umgang mit Licht und Luft, mit Essen und Trinken, mit Schlafen und Wachen, mit Bewegung und Ruhe, mit den Ausscheidungen und mit den Affekten oder Gefühlen (ebd.).

Laut Schneck (1996, 120) kam vor allem dem im zweiten Jahrhundert in Rom wirkenden gelehrten Arzt Galen (Galenos von Pergamon, 129 – 199 n. Chr.) das Verdienst zu, aus dem reichen Fundus der antiken Heilkunde ein umfassendes Gesamtsystem zu gestalten. Das Galensche Werk enthält mit dem formelhaften Leitfaden der „sex res non naturales“ diätetische Maßregeln, die in den Wissensschatz zahlloser Ärztegenerationen eingegangen sind (ebd., 121). Durch die Wegleitung der „sex res non naturales“ sollten Arzt und Patient

---

<sup>99</sup> Der Begriff der Diätetik leitet sich aus dem griechischen Wort „diaitia“, Lebensweise, ab (Schneck 1996, 116).

<sup>100</sup> So kann die Geschichte der Medizin als Reduktion der Diätetik auf „Diät“, bei gleichzeitiger Verschiebung des Akzents von der Diätetik auf das Medikament und die Chirurgie beschrieben werden (von Engelhardt 2013, 31).

gemeinsam auf das Zusammenspiel der nicht-natürlichen Faktoren Einfluss nehmen, um das zuträgliche Maß der Mitte zu erhalten oder wieder zu erreichen und dadurch gesundheitsschädliche Extreme in den Griff zu bekommen (vgl. ebd., 121 f.).

#### *III 3.3.2.2 Das historische Leitbild der Diätetik als Gesundheitsmodell der Gegenwart*

In jüngerer Zeit knüpfen Schneck zufolge (ebd., 126) einige Methoden der modernen medizinischen Prävention, aber auch der Gesundheitserziehung und der Gesundheitswissenschaft an die jahrtausendealten Lehren der Diätetik an. Mit Bezugnahme auf Schipperges (1990) stelle ich im Folgenden eine, wie ich finde, sehr interessante Übertragung des diätetischen Denkens vor.

Schipperges (ebd., 41) versteht die historischen Leitbilder der Diätetik als Suchmuster, Hinweise oder Anregungen für Modelle der Gegenwart und keinesfalls als Patentrezepte. Im Rahmen einer „Medizin der Befindlichkeit“, die sich – im Gegensatz zu einer „Medizin der Befunde“ – am Subjekt orientiert, sind Gesundheit (und auch Krankheit) Schipperges zufolge stets mit „[...] sehr persönlichen Einstellungen und Erwartungen, mit Einflüssen aus Umwelt und Mitwelt, dem Einfluß der Arbeitswelt und der Freizeiträume samt all den darin eingeborgenen zwischenmenschlichen Beziehungen“ verbunden (ebd.). In diesem Kontext schlägt er zeitgemäße „Modelle der Praxis“ vor, die schwerpunktmäßig gesundheitsorientiert sind und die die sechs Bildungsbereiche der älteren Diätetik wiederentdecken: „Mensch und Umwelt“, „Kultur von Speise und Trank“, „Gleichgewicht von Arbeit und Muße“, „Rhythmus des Alltags“, „Ökonomik im Stoffwechselhaushalt“ und „Umgang mit sich selbst und anderen“ (ebd., 41 ff.).

In den nächsten Abschnitten werde ich einige von Schipperges' Ausführungen zu den verschiedenen Regelkreisen der gesunden oder gebildeten Lebensführung exemplarisch darlegen.

Mit dem Bildungsbereich „Mensch und Umwelt“ (vgl. ebd., 43 ff.) ist nicht nur die Lehre vom Umgang mit unserer natürlichen Umwelt gemeint, sondern bspw. auch das Anerkennen der Tatsache, dass Licht und Luft unser vitales Medium sind. Hierdurch wird die Bedeutung der Haut als Hülle oder die Wichtigkeit des Atmens angesprochen. Im Atmen drückt sich unsere absolute Abhängigkeit von der Umwelt aus und zugleich das Sinnbild unseres Gehaltenseins in der Welt. Die „Umwelt als Zuhause“ verweist u.a. dahingehend auf ökologische Fragen, dass die Umwelt durch ihre zunehmende Zerstörung den bergenden Charakter verliert und kein „natürliches Gehäuse“ mehr bietet, in dem der Mensch sich bloß häuslich einzurichten hätte.

Der Bildungsbereich „Gleichgewicht von Arbeit und Muße“ (vgl. ebd., 69 ff.) bezieht sich auf den Rhythmus von Bewegung und Ruhe, z. B. auf die Ausgewogenheit und die Rhythmisierung des gesamten Alltags. Gemäß Schipperges führt erst ein ausgewogener Rhythmus von Bewegung und Ruhe zum harmonischen Zusammenspiel der physiologischen Funktionen und zum „leibhaftigen Gedeihen“. Heutige Fehlformen von Arbeit und Freizeit hängen laut Schipperges bspw. mit einem Verlust der Fähigkeit des Müßig-Gehens zusammen. Aus leiblicher Perspektive ist das Müßig-Gehen mit dem Gehen verbunden, dem alten, natürlichen Rhythmus des Menschen. Da der Mensch der ökonomischen Epoche es verlernt hat, absichtslos und doch sinnvoll zu agieren, d.h. zu spielen, so wie wir es als Kinder konnten, braucht es Schipperges zufolge neue Ansätze einer Freizeitkultur. Solche kreativen „Spielräume“ haben sich am Ideal eines rhythmischen Dreierschritts zu orientieren, der „[...] vom Tun zur Schau und wieder zur Tat führt, eine ‚vita mixta‘ also zwischen Kontemplation und Aktivität, die dem Kreislauf des Lebens eine hierarchische Bewegung vermittelt und damit eine wirkliche Lebensführung“ (ebd., 77 f.). Aus diätetischer Sicht muss der Rhythmus des Lebens täglich harmonisiert werden, sodass man die Erholung keineswegs erst einer Erschöpfung folgen lassen sollte.

Mit dem Themenbereich „Rhythmus des Alltags“ (vgl. ebd., 82 ff.) werden die biologischen Rhythmen des Alltags aufgegriffen. Dazu gehören u.a. die Kultur des Wachens und Schlafens (z.B. die Kunst zu schlafen oder die Kultivierung der Ruhezeit), die Gesetzmäßigkeiten des Biorhythmus' (die sog. „biologischen“ oder „physiologischen“ Uhren, die unserem Organismus eine Zeitstruktur geben). Obschon wir heute unter dem Zwang eines abstrakten Zeitdiktats leben und die mechanische die kosmisch-biologische Uhr abgelöst hat, gibt unsere innere Uhr Grundrhythmen vor, die laut Schipperges nicht beliebig umgestellt werden können.

Im Zusammenhang mit der „Ökonomik im Stoffwechselhaushalt“ (vgl. ebd., 93 ff.) wird, neben anderem, auf das Vertrauen in die eigene Leiblichkeit Bezug genommen. Gemäß Schipperges ist es den heutigen Menschen verlustig gegangen. Deshalb geht es seines Erachtens darum, sich mit der Pflege des Leibes zu befassen oder auch die „Organdialekte“ verstehen zu lernen (Was wollen uns der Magen, das Herz, der Bauch usw. sagen?).

Im Regelkreis „Umgang mit sich selbst und anderen“ (vgl. ebd., 101 ff.) geht es einerseits um die Balance von Gemütererregung und Gemütsruhe, andererseits darum, Leidenschaften und „Freudenschaften“ zu kultivieren. Für eine Regulierung des Affekthaushalts sind mehrere Aspekte relevant: Zunächst geht es immer um den konkreten Umgang mit den leiblichen Bedürfnissen und nicht allein um die seelische Beherrschung. Wenn nämlich die

Möglichkeit, in Fülle zu leben gestört ist – beim Atmen, Essen, Schlafen, Verdauen –, dann fehlen laut Schipperges auch die Gelassenheit und der Gleichmut im Affekthaushalt. Des Weiteren sollten Leidenschaften nicht nur als schädigend bewertet werden, sondern auch als „Heilmittel“, die die Gesundheit erhalten oder wiederherstellen können. Bezüglich der Affektregulierung sollten, neben der Beherrschung der Leidenschaften, auch positive Affekte wie die Hoffnung im Fokus stehen, denn sie können zur Gesundheit führen.

Schipperges versteht das von ihm beschriebene Programm der sechs Lebensmuster, das ich anhand einiger ausgewählter Gesichtspunkte vorgestellt habe, als eine „Theorie der Gesundheit, die Lehre nämlich vom Zustand, Verlust und der Wiederherstellung von Gesundsein [...]“, die auf einem systematisch angelegten Konzept basiert (ebd., 111). Das Programm eignet sich seiner Meinung nach für alle drei Zielgruppen einer Vorsorgemedizin: für die Gesunden im Falle der Primärprävention, für die früh Erkrankten in der Sekundärprävention und für die chronisch Erkrankten oder Behinderten in der Tertiärprävention (vgl. ebd., 112 ff.).

Abschließend möchte ich die Möglichkeiten und Risiken diskutieren, die mit diesem in die Gegenwart übertragenen diätetischen Gesundheitskonzept zusammenhängen.

In den verschiedenen Regelkreisen der Lebensführung geht es ganz wesentlich um „[...] die [...] natürlichen Lebensbedürfnisse, die uns auf den Leib geschrieben sind und die wir einfach zu kultivieren haben, wollen wir ein vernünftiges und sinnvolles Leben führen“ (ebd., 110). Insofern bestehen hinsichtlich des diätetischen Modells Anschlussmöglichkeiten für leiborientierte Betrachtungs- und Vorgehensweisen. Inhaltlich und thematisch decken die sechs Leitlinien zu den Ordnungen des täglichen Lebens ein breites Spektrum ab. Aus ihnen lassen sich Anregungen gewinnen für einen gesundheitsorientierten Umgang mit den unterschiedlichen Bedürfnissen des Menschen (z.B. in Bezug auf das Wohnen, die Ernährung, den Schlaf, Bewegung und Ruhe, die Sicherheit, die Sinnfindung und soziale Bedürfnisse wie Gemeinschaft und Selbstverwirklichung in der Welt).

Dagegen ist es kritisch zu betrachten, dass das Menschenbild der Diätetik deutliche Züge der Selbstkontrolle und der Selbstüberwindung aufweist (Seewald 2008, 68). In dieser Hinsicht besteht die Gefahr, dass es zum „Wollen des Gesollten“ kommt (vgl. ebd., 70). Grundsätzlich bieten sich die Gesundheitschancen im Zusammenhang mit dem diätetischen Modell nur dann, wenn individuelle Spielräume eröffnet werden. Dies betont auch Schipperges. Durch das Bilden persönlicher Entfaltungsmöglichkeiten kann es gelingen, den Eigenschaften und Lebensumständen einer Person eine bekömmliche Richtung zu geben.

Somit ist es im Zusammenhang mit dem diätetischen Gesundheitsansatz unerlässlich, ganz besonders auf die Selbstbestimmung und das „persönliche Maß“ der Klienten zu achten.

### **III 3.3.3 Friedrich Nietzsche: „Vernunft des Leibes“ und Krankheit als Impuls zur „Großen Gesundheit“**

Aus medizinhistorischer Sicht ist Nietzsches Gesundheitskonzept, wie oben erwähnt, dem Zeitalter des Idealismus und der Romantik zuzuordnen.

Nietzsche hat bekanntlich auf die vergessenen Dimensionen der Leiblichkeit in der Philosophie hingewiesen und die verdrängte und verfehlte Geschichte des Leibes angeprangert (Schipperges 1981, 15). Zugleich bot er „am Leitfaden des Leibes“ eine Therapeutik und eine komplette Architektonik des „Kosmos Anthropos“ – des Menschen in und mit seiner Welt (ebd.). Den „Verächtern des Leibes“ hielt er mit den Reden Zarathustras entgegen: „Der Leib ist eine große Vernunft [...]“, denn es „[...] ist mehr Vernunft in deinem Leibe, als in deiner besten Weisheit“ (Nietzsche 1999a, 565). Für Nietzsche galt der „Geist“ lediglich als „kleine Vernunft“ bzw. „[...] ein kleines Werk- und Spielzeug deiner großen Vernunft“ (ebd.). Laut Schipperges (1986, 143) besagt diese Sichtweise Nietzsches, dass dem Menschen durch den Leib nicht nur die äußere Welt, sondern genauso die vollständige Phänomenalität der inneren Welt gegeben ist.

Die Frage der Gesundheit des Leibes stellt Nietzsche dementsprechend derjenigen der Seele voran, denn die Gesundheit der Seele gilt lediglich als ein gespiegelter Zustand des Leibes (vgl. ebd.). „Hört mir lieber, meine Brüder, auf die Stimme des gesunden Leibes: eine redlichere und reinere Stimme ist dies“ (Nietzsche 1999a, 564). Im Kontext einer auf dem Leib basierenden Gesundheit konstatiert Nietzsche im dritten Buch der „Fröhlichen Wissenschaft“, dass es „eine Gesundheit an sich“ nicht gibt; stattdessen gibt es seines Erachtens „[...] unzählige Gesundheit des Leibes; und je mehr man dem Einzelnen und Unvergleichlichen wieder erlaubt, sein Haupt zu erheben, je mehr man das Dogma von der ‚Gleichheit der Menschen‘ verlernt, um so mehr muß auch der Begriff einer Normal-Gesundheit, [...] nebst Normal-Verlauf der Erkrankung unseren Medizinern abhanden kommen“ (Nietzsche 1999b, 117).

Zudem ist Nietzsches Werk ein Beispiel für die Erfahrungs- und Erkenntnisprozesse, die uns durch die Krankheit potenziell eröffnet werden (vgl. Milz 1996, 40). Nietzsche fordert, auf einen allgemeingültigen Begriff von Gesundheit zu verzichten, und die Krankheit – gemäß der großen Vernunft des Leibes – als einen Impuls zu begreifen, der auf Veränderungen hinweist, die im Leben anstehen, und der zu einer „höheren“ Gesundheit

führen kann (vgl. auch Roos 2007, 69). Für diese Form der Gesundheit, die sich in den Lebenserfahrungen eines leiblichen Individuums entfalten, verwendet er den Begriff der „Großen Gesundheit“.

In der „Fröhlichen Wissenschaft“ finden sich hierzu die folgenden Ausführungen: „Wir [...] bedürfen zu einem neuen Zweck auch eines neuen Mittels, nämlich einer neuen Gesundheit, einer stärkeren, gewitzteren, zäheren, verwegneren, lustigeren, als alle Gesundheit bisher waren. Wessen Seele danach dürstet, den ganzen Umfang der bisherigen Werte und Wünschbarkeiten erlebt und alle Küsten eines idealischen ‚Mittelmeers‘ umschifft zu haben, wer aus den Abenteuern der eigensten Erfahrung wissen will, wie es einem Eroberer und Entdecker des Ideals zumute ist, insgleichen einem Künstler [...]: der hat dazu zuallererst eins nötig, *die große Gesundheit* – eine solche, welche man nicht nur hat, sondern auch beständig noch erwirbt und erwerben muß, weil man sie immer wieder preisgibt, preisgeben muß! [...] Und nun, nachdem wir lange dergestalt unterwegs waren, wir Argonauten des Ideals, mutiger vielleicht als klug ist, und oft genug schiffbrüchig und zu Schaden gekommen, aber wie gesagt gesünder, als man es uns erlauben möchte, gefährlich-gesund, immer wieder gesund – will es uns scheinen, als ob wir, zum Lohn dafür, ein noch unentdecktes Land vor uns haben, [...] eine Welt so überreich an Schönem, Fremdem, Fragwürdigem, Furchtbarem und Göttlichem [...]“ (Nietzsche 1999a, 532; Hervorhebung im Original).

Dieses Zitat Nietzsches legt meiner Ansicht nach in verschiedener Hinsicht nahe, Gesundheit und Krankheit, Gebrechen und Genesung anders zu denken. Die Gesundheit ist kein einmal erreichter Zustand, sondern ein Prozess des Erlangens und Wieder-Preisgebens, zu dem das Kranksein in selbstverständlicher Weise gehört. „Wir haben [...] keine andere Wahl, als im Begriff der Gesundheit das Zugleichsein von Krankheit und Gesundheit zu akzeptieren [...]“ (Schipperges 1981, 422; mit Bezugnahme auf Nietzsche).<sup>101</sup> Wie oben bereits ausgeführt, ist es Nietzsche zufolge sinnlos, sich in diesem Prozess an allgemeinen Gesundheitsnormen auszurichten. Der Lohn des oft schmerzvollen und zähen Erneuerungsweges ist – im Erlangen der „Großen Gesundheit“ – eine andere Art der „Lebensweisheit“.

Mit Schipperges lässt sich Nietzsches Verständnis von Gesundheit abschließend wie folgt auf den Punkt bringen: „Am Leitfaden des Leibes [...] hat der Mensch die Möglichkeit, zur Einsicht in seine Lebensgeschichte zu kommen, damit aber auch zu einer richtigen

---

<sup>101</sup> Aus diesem Grund wendet sich Nietzsche gegen die Unart aller „Moralprediger“, die Schmerzen, die das Leben mit sich bringt, dramatisieren oder unbedingt ausmerzen zu wollen (vgl. Nietzsche 1999b, 180 f.).



Selbsteinschätzung im Sinne der Diagnostik und schließlich zur Besinnung auf eine Änderung seines Lebensstils, zu einer Therapie“ (ebd.). Nietzsches Idee von Gesundheit ist dabei ungemein komplex, durchaus paradox und doppelbödig (ebd., 426).

### III 3.4 Wie entsteht Gesundheit?

#### III 3.4.1 Grundlegende Überlegungen zur Entstehung von Gesundheit

In Verbindung mit der Frage, wie Gesundheit entsteht, existieren sehr unterschiedliche Erklärungsmodelle. Sie basieren auf jeweils andersgearteten Annahmen, was Gesundheit ist und wodurch sie bewirkt oder eingeschränkt wird. Mit Schmolke (vgl. im Folgenden: 2001, 25 ff.) nenne ich einige Beispiele hierzu: „Risikofaktorenmodelle“ – sie stehen in enger konzeptioneller Beziehung zur Prävention – fokussieren z.B. auf gesundheitsriskante Verhaltensweisen und krankheitsförderliche organische bzw. psychosoziale Faktoren. Das „Lebensweisen-Konzept“ – eine Erweiterung des Risikofaktorenmodells – ist neben dem Vermeiden gesundheitsriskanter Verhaltensweisen auf gesundheitsförderliche Faktoren ausgerichtet. Modelle zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit widmen sich u.a. der Untersuchung und Erklärung gesundheitlicher Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen, und zwar im Zusammenhang mit Schichtzugehörigkeit, sozioökonomischen Bedingungen oder Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung. Aus einer sozialisationstheoretischen Perspektive wird die Gesundheit als Teil der individuellen lebensgeschichtlichen Entwicklung aufgefasst.

An den o.g. Beispielen wird deutlich, dass die Entstehung von Gesundheit nicht allein anhand von verhaltensbezogenen, sondern nur unter Berücksichtigung verhältnisbezogener Dimensionen erklärbar ist. Gemäß Seewald (2003, 135) müssen „[...] der Mensch und die Gesundheit konstitutiv als gesellschaftlich gedacht werden.“ Die Gesundheit hängt also ganz entscheidend von gesellschaftlichen, aber auch von politischen und ökonomischen Faktoren ab.

Im Kontext der Gesundheitswissenschaften wird zunehmend erkannt, dass die subjektiven Vorstellungen von Laien, was Gesundheit ist, wie sie entsteht bzw. erhalten wird, bedeutsam sind (vgl. Schmolke 2001, 23). In einer bekannten empirischen Studie untersuchten bspw. Faltermaier et al. (1998) die Gesundheitsvorstellungen gesunder Menschen und deren Gesundheitshandeln im Alltag. Die Studie beschäftigte sich mit der Frage, „[...] wie sich Laien ihre Gesundheit erhalten können, welches Wissen sie dafür haben, welche gesundheitsbezogenen Aktivitäten sie unternehmen und wie sie dazu ihren Alltag

organisieren“ (Faltermaier et al. 1998, 5).<sup>102</sup> Sowohl negative als auch positive Bestimmungen von Gesundheit wurden erkennbar (ebd., 84): Die positiven inhaltlichen Bestimmungen bezogen sich auf Handlungsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Stärke bzw. Kraft, auf Wohlbefinden und Harmonie. Die drei negativen Gesundheitsbestimmungen lauteten: „Abwesenheit von Krankheit“, „keine spezifischen Beschwerden“ und „keine gesundheitlichen Probleme“ (ebd.).<sup>103</sup>

Im Zusammenhang mit der Frage, wie Gesundheit sich herausbildet, existieren auch Modelle, welche die herausragende Bedeutung von Schutzfaktoren bzw. Ressourcen betonen, um positiv-förderliche Bedingungen für die Gesundheit zu schaffen. Die in dieser Hinsicht prominentesten Modelle sind die Konzepte der Salutogenese und der Resilienz. Sie entstanden zeitlich nahezu parallel, ab den 1970er-Jahren, und sind heute als wissenschaftliche Grundlagen für die Praxis der Gesundheitsförderung äußerst relevant (vgl. Faltermaier 2012, 5 f.). Das Konzept der Resilienz bezieht sich auf die „[...] Widerstandsfähigkeit eines Individuums, sich trotz ungünstiger Lebensumstände und kritischer Lebensereignisse [...] erfolgreich zu entwickeln“ (Warner 2013, o.S.).<sup>104</sup> Noch allgemeiner ausgedrückt, ist mit „Resilienz“ ein „[...] widerständiges Verhalten eines Systems gegenüber Störungen und Belastungen“ gemeint (Kopelsky 2014, 151). Obschon die Wurzeln für die Fähigkeit zur Resilienz in frühen Lebensjahren gelegt werden, ist es auch Erwachsenen möglich, bewusst an ihrer Resilienz zu „arbeiten“ bzw. sie wieder zu erlernen oder zu trainieren (vgl. ebd.). Die Resilienz baut auf einer Vielzahl von Schutzfaktoren auf (vgl. Warner 2013, o.S.): u.a. auf personalen Schutzfaktoren (z.B. biologische Faktoren wie gute Gesundheit, kognitive Faktoren oder affektive Faktoren wie Selbstwert, Selbstwirksamkeitserwartung etc.), auf familiären Schutzfaktoren (z.B. Bindungsqualität zu Geschwistern, ein nicht einengender Familienzusammenhalt usw.) und

---

<sup>102</sup> In der Untersuchung wurden qualitative Interviews mit berufstätigen Erwachsenen aus Handwerks- und Verwaltungsberufen durchgeführt, mit dem Ziel, durch die Rekonstruktion der subjektiven bzw. sozialen Gesundheitskonstruktionen wichtige Grundlagen für eine angemessene Gesundheitsförderung im Rahmen der Salutogenese zu schaffen (Faltermaier et al. 1998, 5 f.).

<sup>103</sup> Trotz interindividuell unterschiedlicher Vorstellungen, was Gesundheit ist und wie sie entsteht, konnten durch die Untersuchung vier idealtypische Gesundheitsmodelle herausgearbeitet werden und mittels Metaphern der elektrischen Energie veranschaulicht werden (vgl. Faltermaier et al. 1998, 83 ff.). Im sog. „Schalter-Modell von Gesundheit“ ist Gesundheit entweder vorhanden oder nicht. Beim „Batterie-Modell von Gesundheit“ wird Gesundheit als ein „endliches Reservoir“ gesehen, das sich – ausgehend von einem Idealzustand maximaler Gesundheit – im Laufe des Lebens allmählich abbaut bzw. verbraucht. Das Gesundheitsverständnis des „Akkumulator-Modells“ geht hingegen von Regenerationsmöglichkeiten aus: Analog zu einem Akkumulator, der die verbrauchte Energie wieder aufladen kann, impliziert es, dass Gesundheit sich durch Ausgleichsprozesse oder andere Einflüsse wieder aufbauen kann. Schließlich geht das „Generator-Modell von Gesundheit“ von einer Expansion des Gesundheitspotenzials aus.

<sup>104</sup> Der Begriff „Resilienz“ (englisch: resilience) leitet sich aus dem lateinischen Verb „resiliere“ (abprallen, sich zusammenziehen) ab (vgl. Warner 2013, o.S.).

auf sozialen Schutzfaktoren (z.B. positive Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie, Qualität der besuchten Bildungseinrichtung usw.).

Das andere ressourcenorientierte Konzept zur Gesundheitsentstehung, die Salutogenese, werde ich in den nächsten Kapiteln ausführlich darstellen und diskutieren. Für meine Untersuchungszwecke eignet es sich in besonderer Weise. In vielen Studien konnten nämlich starke Zusammenhänge zwischen dem salutogenetischen Konstrukt des Kohärenzgefühls und der psychischen Gesundheit belegt werden (vgl. Faltermaier 2012, 6).

### **III 3.4.2 Die Salutogenese: Beispiel eines ressourcenorientierten Modells zur Entstehung von Gesundheit**

Das Salutogenese-Konzept des israelischen Medizinsoziologen und Gesundheitsforschers Aaron Antonovsky ist in aller Munde, wie z.B. Franke (1997, 11) zu Recht konstatiert. Obwohl es gewisse Unklarheiten, Widersprüchlichkeiten oder auch unfertige Gedanken aufweist (vgl. ebd.), ist es für die Gesundheitsförderung meiner Ansicht nach so bedeutungsvoll, dass ich ihm eine ausführliche Darstellung widme.

In einer Abkehr von der pathogenetischen Betrachtungsweise fragte Antonovsky nach den Bedingungen, die die Gesundheit erhalten und fördern. Hierdurch führte er einen Paradigmenwechsel in die Richtung der Erforschung von Gesundheit herbei. Während eine „pathologische Orientierung“ Antonovsky zufolge zu erklären versucht, weshalb Menschen krank werden, stellt sich durch eine „salutogenetische Orientierung“, „[...] die sich auf die Ursprünge der Gesundheit konzentriert [...], eine radikal andere Frage: Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“ (Antonovsky 1997, 15). Diese Aussage verweist auf eine Besonderheit des salutogenetischen Gesundheitsbegriffs: Er ist nicht als Dichotomie von Gesundheit versus Krankheit angelegt, sondern als ein multidimensionales Kontinuum zwischen den Extrempolen von maximaler Gesundheit und maximaler Krankheit (vgl. Faltermaier 2012, 6).<sup>105</sup>

Das salutogenetische Modell basiert insgesamt auf einer stresstheoretischen Grundlage – Antonovsky war lange Zeit in der Stressforschung tätig. Stressoren werden jedoch „[...]

---

<sup>105</sup> Pathogenese und Salutogenese sieht Antonovsky als eine „komplementäre Beziehung“. D.h., er plädiert keinesfalls für die völlige Aufgabe einer pathogenetischen Orientierung, wie er an den Beispielen der Krebsforschung oder bezüglich der Aufklärung pathogener Konsequenzen von Stressoren unterstreicht (Antonovsky 1997, 30). Hingegen kritisiert er die „nahezu totale Dominanz“ der pathogenetischen Ausrichtung über unser Denken sowie die daraus resultierenden Einschränkungen und fordert, die intellektuellen und materiellen Ressourcen für beide Orientierungen gerechter zu verteilen (ebd.).

nicht als etwas Unanständiges angesehen [...]“, die es permanent zu reduzieren gilt, denn sie sind laut Antonovsky „allgegenwärtig“ (Antonovsky 1997, 30). Antonovsky (ebd., 92) hat diese philosophische Grundannahme der Salutogenese in der bekannten Metapher des „Schwimmers“ ausgedrückt: Wenn der Fluss des Lebens gleichsam ein verschmutztes Gewässer ist, das leichte Strömungen, aber auch gefährliche Stromschnellen und Strudel hat, dann lautet die für das Individuum zentrale Frage: „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluß befindet [...], ein guter Schwimmer?“

#### *III 3.4.2.1 Zentrale Begriffe des salutogenetischen Modells*

##### *III 3.4.2.1.1 HEDE-Kontinuum, Stressoren, Schutzfaktoren*

Wie oben erwähnt, hält Antonovsky den pathogenetischen Begriffen solche des salutogenetischen Paradigmas gegenüber: der Dichotomie von Gesundheit und Krankheit z.B. das Kontinuum, dem Patientenstatus den Gesamtzustand einer Person, den Risikofaktoren die heilsamen Ressourcen oder den pathogenen die gesundheitszuträglichen Stressoren (vgl. Antonovsky 1997, 21 ff.; vgl. auch Schmolke 2001, 18).

Wie sind diese salutogenetischen Begriffe nun im Detail zu verstehen?

Das sog. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum oder „HEDE-Kontinuum“ (engl.: health ease/dis-ease continuum) begründet Antonovsky damit, dass wir Menschen einerseits alle sterblich sind und andererseits, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, immer in einem gewissen Ausmaß auch gesund sind (Antonovsky 1997, 23). Das postulierte Kontinuum stellt seines Erachtens eine viel potentere Grundannahme dar als die dichotome Prämisse. Denn auf dem Kontinuum kann „[...] die Position jeder Person [...] zu jedem beliebigen Zeitpunkt [...]“ untersucht werden (ebd.). Im Vergleich zum dichotomen Denkansatz richtet sich die Aufmerksamkeit überdies auch im Falle einer Krankheit auf den gesamten Menschen, d.h. auf das Kranksein der Person, und nicht bloß auf eine Pathologie (ebd., 23 f.).

Wo eine Person auf dem HEDE-Kontinuum steht, resultiert aus einem interaktiven Prozess zwischen belastenden Faktoren (Stressoren) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen), und zwar im Kontext der jeweiligen Lebenserfahrungen einer Person (vgl. Schmolke 2001, 29). Dies bedeutet, dass nicht der Stressor allein, sondern die Art des Umgangs mit dem Stressor, also das Bewältigungshandeln bzw. das „coping“ entscheidend dafür ist, in welche Richtung sich jemand auf dem HEDE-Kontinuum bewegt (vgl. ebd.). In Abhängigkeit von den jeweiligen Bewältigungsmöglichkeiten einer Person können Stressoren demzufolge sowohl pathogen als auch salutogen wirken (vgl.

Antonovsky 1997, 26 f.).<sup>106</sup> Das Salutogenese-Modell fußt also, wenn man das bisher Gesagte zusammenfasst, auf psychosozialen, physikalischen und biochemischen Stressoren mit endogenen und exogenen Einwirkungen sowie auf der Effektivität des darauf bezogenen Coping (vgl. Faltermaier 2012, 6).

Die erfolgreiche Bewältigung der Stressoren ist des Weiteren von der Verfügbarkeit genetisch-konstitutioneller und psychosozialer Widerstandsressourcen abhängig. Sie gelingt umso besser, je ausgeprägter und vielfältiger jene Ressourcen sind (vgl. ebd.). Antonovsky (1997, 217) spricht in diesem Kontext von den sog. „generalisierten Widerstandsressourcen“ oder den „GRR“ (engl.: generalized resistance resource) einer Person. Sie werden von ihm als Phänomene definiert, die sich aus Gruppen ähnlicher Lebenserfahrungen entwickeln, die durch eine Konsistenz und Partizipation bei der Gestaltung des Ergebnisses und durch eine Balance zwischen Überforderung und Unterforderung charakterisiert sind (ebd., 36). Zu den internen GRR zählen bspw. die Ich-Stärke, materieller Wohlstand, Intelligenz oder Coping-Strategien, zu den wichtigsten externen GRR gehören kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung oder spirituelle Verankerung (Seewald 2008, 69; vgl. Antonovsky 1997, 16).<sup>107</sup>

Aufgrund ihrer Widerstandsressourcen können Menschen die Erfahrung machen, dass sie über Potenziale verfügen, die in konkreten Belastungssituationen wirksam werden. Führt dies entsprechend zu Lebenserfahrungen, die sie Konsistenz erleben lassen, ihnen Teilhabe ermöglichen und die sie in Bezug auf Anforderungen eine Balance erleben lassen, dann bildet sich eine Art der umfassenden Lebensorientierung heraus, die Antonovsky als „Kohärenzgefühl“ (engl.: sense of coherence, SOC) bezeichnet (vgl. Faltermaier 2012, 6).

Auf die Bedeutung dieser wichtigsten salutogenetischen Gesundheitsressource gehe ich im folgenden Kapitel ein.

#### III 3.4.2.1.2 Der Kohärenzsinn (SOC) als zentrale Gesundheitsressource

Es ist nicht ganz einfach, für den englischen Begriff „sense of coherence“ (SOC) eine adäquate deutsche Übersetzung zu finden. Kein deutsches Wort deckt die mit dem englischen „sense“ gemeinten perzeptorischen, kognitiven und emotionalen Aspekte wirklich ab (vgl. Franke 1997, 12). Franke (ebd.) weist darauf hin, dass in deutschsprachigen

---

<sup>106</sup> Antonovsky kritisiert in diesem Zusammenhang das Risikofaktorenmodell, das seines Erachtens die Frage außer Acht lässt, weshalb viele Menschen trotz vorhandener Risikofaktoren nicht erkranken (Schmolke 2001, 29).

<sup>107</sup> Die Ressourcen bilden sich im Lauf des Lebens durch biografische Einflüsse heraus (Familie, Erziehung), aber auch durch den soziokulturellen und historischen Kontext, in dem eine Person aufwächst (Faltermaier 2012, 6).

Publikationen mehrere unterschiedliche Bezeichnungen verwendet werden: z.B. Kohärenzsinn, Kohärenzgefühl, Kohärenzerleben oder Kohärenzempfinden.<sup>108</sup>

Das Konzept des Kohärenzgefühls ist für Antonovsky gleichsam die Antwort auf die salutogenetische Frage, was gesund hält (Antonovsky 1997, 16). Antonovsky geht in diesem Kontext von der Überlegung aus, dass alle generalisierten Widerstandsressourcen letztlich dazu dienen, den zahlreichen Stressoren, mit denen wir ständig bombardiert werden, einen Sinn zu geben. Durch die fortwährenden sinnhaften Erfahrungen wird mit der Zeit ein starkes Kohärenzgefühl geschaffen (ebd.). Es ist von Antonovsky definiert als „[...] eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (ebd., 36; im Original z.T. mit Hervorhebung).

Was genau bedeuten die drei Aspekte des Kohärenzsинns, die „Verstehbarkeit“ (engl.: comprehensibility), die „Handhabbarkeit“ (engl.: manageability) und die „Bedeutsamkeit“ oder „Sinnhaftigkeit“ (engl.: meaningfulness)?

„Verstehbarkeit“ ist für Antonovsky das „[...] Ausmaß, in welchem man interne [...] und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich. Die Person mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit geht davon aus, daß Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, vorhersehbar sein werden oder daß sie [...], sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können“ (ebd., 34). Die „Handhabbarkeit“ ist bestimmt als „[...] das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, daß man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen. ‚Zur Verfügung‘ stehen Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierten anderen kontrolliert werden – vom Ehepartner, von Freunden, Kollegen, Gott, der Geschichte, vom Parteiführer oder einem Arzt – von jemandem, auf den man zählen kann, jemandem, dem man vertraut“ (ebd., 35). Die „Bedeutsamkeit“<sup>109</sup> repräsentiert als Komponente schließlich

---

<sup>108</sup> In meinen Ausführungen werde ich die deutschen Übersetzungsvarianten der jeweiligen Autoren beibehalten.

<sup>109</sup> Für die Bezeichnung „Bedeutsamkeit“ war laut Antonovsky (vgl. 1997, 35) Frankls Werk ausschlaggebend.

das motivationale Element, denn Personen mit einem starken SOC verfügen gemäß Antonovsky immer über Lebensbereiche, die ihnen wichtig sind, d.h. sehr am Herzen liegen. Somit gilt die „Bedeutsamkeit“ als „[...] das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre“ (ebd., 35 f.). – Der Dimension der Sinnhaftigkeit, verstanden als eine motivierende Kraft, misst Antonovsky den größten Einfluss auf die Gesunderhaltung zu (Lamprecht/Sack 1997, 24).

Das Kohärenzgefühl meint deshalb keine spezielle Coping-Strategie, sondern die Fähigkeit des Menschen, flexibel auf bestimmte Ereignisse reagieren zu können bzw. anpassungsfähig mit den Herausforderungen des Lebens umgehen zu können.

Bezüglich der Veränderbarkeit des Kohärenzsinns ist festzuhalten, dass Antonovsky ihn zwar nicht als „Zustandscharakteristikum“ betrachtet, aber als eine „dispositionelle Orientierung“ (Antonovsky 1997, 19). Diese bildet sich vorwiegend in der Kindheit bis zum zehnten Lebensjahr heraus. Antonovsky geht davon aus, dass Menschen ungefähr „[...] gegen Ende der ersten Dekade des Erwachsenenalters [...]“, also mit ca. 30 Lebensjahren, eine bestimmte Position auf dem SOC-Kontinuum einnehmen und somit ein ausgestaltetes Kohärenzgefühl haben (ebd., 114). In seinen frühen Überlegungen hält er es für unwahrscheinlich, dass sich das einmal ausgebildete und gefestigte Kohärenzempfinden noch auf irgendeine bedeutsame Weise ändert (ebd.). Später relativiert er die anfängliche Einschätzung dahingehend, dass er eine gewisse Veränderbarkeit des SOC durch psychotherapeutische Einflussnahme als möglich erachtet (vgl. Lorenz 2005, 109).<sup>110</sup>

---

<sup>110</sup> Zur Veränderbarkeit des SOC gibt es diverse empirische Untersuchungen. Bspw. Sack/Lamprecht bestätigen in einer Untersuchung die Veränderbarkeit des Kohärenzgefühls durch psychotherapeutische Einflussnahme (vgl. im Folgenden: Sack/Lamprecht 1997, 191 f.): Nach ca. achtwöchiger stationärer Psychotherapie (stationäre Patienten, N = 30) steigt der SOC-Gesamtwert vor allem in den Skalen „Comprehensibility“ und „Manageability“ signifikant an. Außerdem zeigt sich in diesen beiden Skalen eine deutliche Altersabhängigkeit der SOC-Werte. Dagegen scheint die Skala „Meaningfulness“ weder altersabhängig noch durch stationäre Psychotherapie veränderbar zu sein. Dies führt die Autoren zu den folgenden Hypothesen: Entgegen Antonovskys Annahme scheint das Konstrukt „SOC“ nicht zeit- und behandlungstabil zu sein und die psychotherapeutische Behandlung scheint gesundheitsprotektive Ressourcen zu fördern. Die „Sinnhaftigkeit“ ist des Weiteren vermutlich am ehesten eine Trait-Eigenschaft. Mit einem höheren Lebensalter könnte zudem die Tendenz verknüpft sein, dass die Umwelt eher als verständlich und überschaubar eingeschätzt wird und Anforderungen, die sich einem stellen, eher als handhabbar.

#### *III 3.4.2.2 Einschätzung des Salutogenese-Modells*

Es ist zunächst hervorzuheben, dass die Formulierung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums die Dichotomie zwischen gesund und krank aufhebt. Dann ist zu betonen, dass die Salutogenese an der Stärkung der individuellen Ressourcen ansetzt, wobei sie sich nicht ausschließlich auf das Individuum zentriert, da auch äußere Faktoren (z.B. Bildung oder materielle Ressourcen) zum Konstrukt der generalisierten Widerstandsquellen zählen (Seewald 2003, 138). Im Übrigen ist zu beachten, dass Gesundheit in Antonovskys Konzept nicht das eigentlich Angestrebte ist. Sie ist vielmehr „[...] die verborgene Voraussetzung dafür, Ziele überhaupt angehen zu können [...]“ (ebd.).

Im Zusammenhang mit dem Kohärenzsinn, dem Herzstück der Salutogenese, kann mit Keupp (2008, 21) gefragt werden, ob der Kohärenz-Gedanke noch in eine postmoderne Gesellschaft passt oder ob er nicht zu einem Kohärenz-Zwang führt, der alle widerstreitenden, ambivalenten und kontingenten Erfahrungen ausklammern muss.<sup>111</sup> Angesichts postmoderner Gegebenheiten plädiert Keupp dafür, einen Begriff der Kohärenz zu verabschieden, der „[...] als innere Einheit, als Harmonie oder als geschlossene Erzählung verstanden [...]“ wird (ebd., 22). Stattdessen solle eine Art der Kohärenz definiert werden, die eine für die Subjekte offene Struktur voraussetzt. Die individuell hergestellte Verknüpfung widersprüchlicher Kohärenz-Fragmente muss seiner Ansicht nach lediglich eine für das Subjekt authentische Gestalt haben und einen Kontext der Anerkennung finden. Um immer wieder neue Passungsmöglichkeiten zu erarbeiten, sei es zudem erforderlich, dass die Subjekte eine reflexive Achtsamkeit entwickeln (ebd.).

Ich erwähne das von Keupp beschriebene offenere Verständnis der Kohärenz deshalb, weil es meiner Meinung nach auch in Bezug auf die Kohärenz-Förderung von Menschen mit einer psychischen Krankheit relevant ist. Biografien, die durch eine seelische Erkrankung geprägt sind, weisen häufig Brüche auf, z.B. wegen schwieriger Lebenserfahrungen, aber auch wegen der Krise, die durch die seelische Erkrankung bedingt ist. Es erscheint mir vorteilhaft, diesbezüglich von einem Kohärenz-Begriff auszugehen, der keine geschlossene Erzählung verlangt, sondern der Ambivalenzen, biografische Krisen und Instabilitäten zu integrieren vermag.

---

<sup>111</sup> Diese Überlegungen gehen u.a. davon aus, dass Identitätsarbeit und Gesundheitsförderung einen gemeinsamen zentralen Schnittbereich haben, der entscheidend durch die Kohärenz-Gewinnung bestimmt ist. Laut Keupp müssen in den fortgeschrittenen (postmodernen) Industriegesellschaften sowohl die Identität als auch die Kohärenz anders gefasst werden, da sie nicht einfach die stabilen Endprodukte einer Entwicklung seien (vgl. Keupp 2008, 2).



Einen wichtigen Kritikpunkt zum SOC, dem ich mich im Zusammenhang mit meiner Untersuchung anschließe, benennt Seewald (2003, 138): „Das [...] Kohärenzgefühl steht in keinem Zusammenhang mit erlebter Leiblichkeit. Der Körper taucht als erlebter, erlebbarer und dialogischer bei Antonovsky überhaupt nicht auf.“ Seewald zufolge kontrastiert Antonovsky unbeabsichtigt ein physiologisches Körpermodell mit einer mentalistischen Sinnauffassung und reproduziert auf diese Weise die alte Standardeinteilung in Körper und Geist (ebd.). Aus Antonovskys Sicht ist der Körper lediglich ein stressverarbeitendes System: Deswegen habe z.B. die Stärke des Kohärenzsinns direkte physiologische Konsequenzen und bestimme dadurch den Gesundheitszustand (vgl. Antonovsky 1997, 142).

In den nachfolgenden Kapiteln biete ich im Sinne einer Ergänzung zu Antonovsky eine erweiterte Sichtweise des Kohärenzsinns an. Erst skizziere ich ein leiborientiertes Verständnis des SOC und gehe dann der Frage nach, wie der Kohärenzsinn verändert bzw. gefördert werden kann.

#### *III 3.4.2.3 Erweiterte Betrachtungsweisen des Konstrukts „Kohärenzsinn“*

##### *III 3.4.2.3.1 Ein Vorschlag zur leiborientierten Erweiterung des Kohärenzsinns*

Wie an früherer Stelle zitiert, bestimmt Antonovsky (1997, 36; im Original mit Hervorhebung) den Kohärenzsinn als „[...] eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat [...]“, dass die innerlich und äußerlich bedingten Herausforderungen im Leben verstehbar, handhabbar und bedeutsam sind. Meiner Meinung nach basiert dieses „Gefühl“ des Vertrauens ganz entscheidend auf der Leiblichkeit. Man kann seine Herausbildung im Sinne des Eriksonschen „Urvertrauens“ verstehen. Für Erikson bedeutet dieser Begriff sowohl ein grundsätzliches Zutrauen zu sich selbst als auch zu den Anderen, d.h. zur Umwelt (vgl. Erikson 1982, 241 f.). Der Aufbau des Urvertrauens gilt als erste Aufgabe des Ich und der pflegenden Umwelt und stellt die gelungene Lösung der ersten psychosozialen Krise dar, des Konflikts zwischen dem Urvertrauen und dem Urmisstrauen (vgl. ebd., 243). In dieser entwicklungspsychologisch sehr frühen Phase werden die vertrauensvollen Beziehungen und die Zugehörigkeit zur Mitwelt leiblich bzw. zwischenleiblich erlebt. Auf dieser leiblichen Basis entwickelt das Selbst mit der Zeit ein Wohlbefinden bzw. ein Harmonieempfinden und fühlt sich auf eine stimmige Weise mit der Umwelt verbunden.

Zumindest zu einem Teil ist die Kohärenz m.E. deshalb ein wahrnehmender „Sinn“, der sich im Austausch mit der Umwelt, mit den Mitmenschen und in der kulturellen Einbettung entwickelt und festigt.<sup>112</sup>

Welche leiblichen Aspekte die drei Größen des SOC, die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit, umfassen können, werde ich kurz illustrieren: Im Zusammenhang mit der Verstehbarkeit wäre das lebensweltliche Wissen von Subjekten zu erwähnen, das eine spontane, leibliche Qualität hat, das reflexiv nicht vollständig verfügbar ist und als hintergründige bzw. eigensinnige Ressource dennoch vorhanden ist (vgl. auch Hanses 2010, 99). Auch die Handhabbarkeit – so lässt der deutsche Begriff hier schon schließen – kann aus der Perspektive der Leiblichkeit verstanden werden: Die Handhabbarkeit beginnt m.E., wenn das Kind, wie von Lippitz (1989a, 71) beschrieben, „[...] mit seinem Ich in den Fingern seiner Hand [ist; C.J.], wenn es einen Gegenstand neugierig untersucht.“ Das Handeln-Können fußt darauf, dass wir unsere Hände ursprünglich als „Organe“ des Tuns und Könnens auffassen, die auf die Welt ausgreifen, durch ihren Aufforderungscharakter motiviert sind und die sich leiblich mit ihr auseinandersetzen (vgl. ebd.).<sup>113</sup> Was die Sinndimension betrifft, können mit Seewald (2000, 66) der „inkarnierte“ oder „präreflexive“ Sinn als Stichworte genannt werden. Denn wir erfahren durch den Leib bzw. leiblich die basale Sinn-Schicht unserer Beziehung zur Welt (ebd.).

#### III 3.4.2.3.2 Überlegungen zur Förderung des Kohärenzsinnns

Lorenz (2005, 108 ff.) diskutiert die Frage der Förderung und der Veränderbarkeit des Kohärenzsinnns eingehend. Er entwickelt vier Konstrukte, die seines Erachtens diejenigen Dimensionen umfassen, in denen das Kohärenzgefühl durch die psychotherapeutische Praxis verändert werden kann. Es handelt sich um die Dimensionen der Ressourcen, des Selbstwertgefühls, der Kompetenzen sowie der Selbstgestaltungspotenziale oder -kräfte (vgl. ebd., 116 ff.). Lorenz' Überlegungen sind nicht nur für den therapeutischen Kontext, sondern auch für den der Gesundheitsförderung interessant. Deshalb werde ich sie im Folgenden – in unterschiedlicher Ausführlichkeit – darlegen.

In der Ressourcendimension geht es darum, innere und äußere Ressourcen, d.h. „[...] Hilfsquellen, die zur Erledigung oder Bewältigung von Aufgaben und Anforderungen

---

<sup>112</sup> Da die Kohärenz des Selbst primär leiblich herausgebildet wird, bevorzuge ich im deutschen Sprachgebrauch die Begriffe „Kohärenzempfinden“ oder „Kohärenzsinn“ (statt des Begriffs Kohärenzgefühl).

<sup>113</sup> Schmitz (2005b, 293) entwirft einen basalen Begriff des Handelns als sensorisch gebundener Eigenbewegung, auf den ich im Zusammenhang mit den Falldarstellungen in Kapitel V zurückgreifen werde.

mobilisiert werden können“, zu nutzen und zu stärken (ebd., 116). Ressourcen werden dabei als Potenziale aufgefasst, die – bspw. in herausfordernden Lebenssituationen – aktiviert werden können oder auch nicht. Wie von Antonovsky formuliert, hängt ihre Mobilisierbarkeit dabei zunächst vom Niveau des Kohärenzsинns ab (ebd.). Laut Lorenz stellt die Psychotherapie ebenfalls eine Ressource dar, sofern die therapeutischen Interventionen auf die vorhandenen Möglichkeiten, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Motivationen der Klienten abgestimmt werden (ebd., 119). In einer prozessorientierten therapeutischen Praxis geht es nun darum, salutogene und pathogene Lebenspfade zu analysieren und gesundheitsrelevante Ressourcen zu erschließen (z.B. durch das Unterstützen des individuellen Autonomie- und Souveränitätsbestrebens im therapeutischen Prozess oder durch kreative Anwendungen) (ebd., 122 ff.). Die im Laufe des therapeutischen Prozesses mobilisierten Ressourcen fördern gemäß Lorenz u.a. die Kompetenz und die Performanz und wirken demzufolge positiv auf das Kohärenzgefühl zurück (ebd., 124).

Die Begriffe „Selbstwerterleben“ und „Selbstwertgefühl“, die Lorenz in Zusammenhang mit der Dimension des Selbstwertgefühls synonym verwendet, verbinden einen kognitiv-evaluativen und einen emotional-erlebenden Aspekt (ebd., 129). Ein positives Selbstwertgefühl wird einerseits in der Intersubjektivität genährt (z.B. durch stabile Beziehungsnetzwerke oder durch eine bedingungslose bestätigende Annahme in der Therapie) (ebd., 129 f.). Ein zentraler Aspekt der Selbstwertsteigerung ist andererseits die Selbstkommunikation oder das selbstbezogene Verhalten einer Person (ebd., 133). Zu einer Stabilisierung oder Verbesserung des Selbstwerts trägt laut Lorenz aber auch die schöpferische Auseinandersetzung mit kreativen Mitteln bei, denn in kreativen Tätigkeiten können inneres Erleben ausgedrückt und persönliche Gestaltungskräfte auf eine bereichernde Weise gespürt werden (ebd., 138 f.). Alle drei genannten Komponenten zur Steigerung des Selbstwerts tragen seiner Ansicht nach auch zu einer positiven Veränderung des Kohärenzgefühls bei (ebd., 142).

In der Kompetenzdimension geht es, ganz allgemein ausgedrückt, um das Entwickeln von Fähigkeiten und um das Vertrauen in Fertigkeiten (ebd., 145). Der Begriff „Kompetenz“ bezeichnet die Wahl der potenziell vorhandenen Ressourcen und „Performanz“ meint die Umsetzung gefundener Möglichkeiten auf der Handlungsebene (ebd., 152), wobei beide stets untrennbar zusammenspielen (ebd., 150). Zur Förderung des Kohärenzgefühls tragen nun sowohl personale als auch soziale Kompetenzen und Performanzen bei (vgl. ebd., 152 ff.): Als personale Kompetenzen/Performanzen gelten neben der Selbstsicherheit insbesondere die in der Leib- und Selbstwahrnehmung begründeten Fähigkeiten (z.B.

perzeptive, motorische oder expressive Fähigkeiten/Fertigkeiten). Soziale Kompetenzen/Performanzen sind bspw. die wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Bindungen und sozialer Integration, aber auch erlebtes prosoziales Verhalten.

Das Konstrukt der Selbstgestaltungspotenziale und Selbstgestaltungskräfte steht Lorenz zufolge in einem engen Zusammenhang mit dem Konzept des Empowerments (ebd., 165). Aus der Perspektive des Individuums geht es dabei um die Förderung des persönlichen Entwicklungspotenzials, d.h. um selbstbestimmte Gestaltungskräfte, um die Erhaltung oder die Rückgewinnung von Verantwortung, um die Einflussnahme auf das eigene Leben und auch um Engagement (ebd.). Damit das Kohärenzgefühl durch die Aktivierung der Selbstgestaltungskräfte in eine positive Richtung verändert werden kann, sind Lorenz zufolge mehrere Einflussgrößen wesentlich, bspw. Partizipation, Erkenntnisgewinn, Sinnerleben oder Selbstsorge (vgl. ebd., 171).

### III 3.5 Zwischenergebnis zum bisher dargelegten Verständnis von Gesundheit

Was die vorausgegangenen Bestimmungen von Gesundheit besagen, fasse ich im Folgenden zusammen. Dazu zeige ich auf, welches Verständnis der Gesundheitsförderung sich daraus jeweils ableiten lässt.

Anhand der anthropologischen Gesundheitsbestimmungen – der Verborgenheit, Potenzialität, Unmittelbarkeit und Nicht-Machbarkeit – zeigt sich die Gesundheit als ein widersprüchliches Phänomen, das sich dem direkten Zugriff entzieht. Die anthropologische Sicht hat Konsequenzen bezüglich der Förderung von Gesundheit: Die Unmittelbarkeit, die Nicht-Machbarkeit und die Selbstverborgenheit weisen die Gesundheit als ein leibliches Phänomen aus, mit den Qualitäten eines Existenzials, der Unverfügbarkeit und der Implizitheit (vgl. Seewald 2003, 135). Hierdurch wird erstens ein leibbasierter Ansatz der Gesundheitsförderung unabdingbar. Zweitens mahnen die Unmittelbarkeit und die Nicht-Machbarkeit der Gesundheit daran, die Eigenart der Klienten bei der Gesundheitsförderung zu respektieren und hinsichtlich der Erfolge der Gesundheitsförderung bescheiden zu sein (vgl. Seewald 2012, 55). Drittens weist die Potenzialität im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung auf ein Dilemma hin: Es ist nicht festgelegt, für welche Ziele oder Zwecke die Gesundheitspotenziale letztlich genutzt werden – die Gesundheitsförderung bleibt hierdurch inhaltlich unterbestimmt (vgl. ebd.).

Gemäß dem antiken Gesundheitsverständnis bedeutet Gesundheitsförderung in einem allgemeinen Sinn ein Bemühen um Ausgleich und Balance. Dieser Grundgedanke ist, wie

an anderer Stelle ausgeführt, auch auf die thematische Gestaltung der heutigen Gesundheitsförderung übertragbar.

Das Konzept der Diätetik bezieht sich auf die leibgebundenen Lebensbedürfnisse, die wir als Menschen zu kultivieren haben. Außerdem hängen die diätetischen Leitlinien mit gesundheitsbezogenen Gewohnheits- und Ordnungsbildungen des täglichen Lebens zusammen. Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung ergeben sich hierdurch thematische Anregungen und zudem eine mögliche Zielsetzung: das Befähigen zur Führung eines gelingenden Lebens. Der diätetische Gedanke des rechten oder des zuträglichen Maßes sollte im Rahmen der Gesundheitsförderung jedoch allein auf das jeweilige persönliche Maß bezogen werden.

Nietzsches Gedanken betonen die herausragende Rolle der leiblichen Vernunft für die Gesundheit. Dazu verweisen sie auf die Erfahrungs- und Erkenntnisprozesse, die durch die Krankheit potenziell eröffnet werden und die zur „Großen Gesundheit“ führen können. In Bezug auf die Förderung von Gesundheit bedeutet dies, dass die Leiblichkeit der Klienten im Rahmen der praktischen Vorgehensweisen zu Rate gezogen werden sollte. Gesundheitsförderung kann als die Unterstützung und Begleitung des individuellen oder sogar eigenwilligen Genesungsprozesses aufgefasst werden, in den das Kranksein der Person mit einbezogen ist. – Auf einer allgemeineren Ebene meint der zuletzt genannte Gedanke auch, dass die subjektiven Einstellungen und Ansichten zu Gesundheit (und Krankheit) im Rahmen der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden müssen.

Das salutogenetische Gesundheitsverständnis – ausgedrückt durch die Metapher des geübten und geschickten Schwimmers – stellt die verschiedenen Schutzfaktoren bzw. inneren und äußeren Ressourcen einer Person ins Zentrum der Gesundheitsförderung. Der Kohärenzsinn, d.h. das andauernde und zugleich dynamische Gefühl des Vertrauens, basiert, wie ich aufgezeigt habe, auf der Leiblichkeit. Im Rahmen der Gesundheitsförderung kann er in verschiedener Hinsicht verändert und entwickelt werden, z.B. durch die Förderung von Ressourcen, Kompetenzen, Selbstgestaltungskräften oder des Selbstwertgefühls (vgl. Lorenz 2005).

### III 4 Die Förderung von Gesundheit

In Kapitel III 4 stelle ich, nach einleitenden Überlegungen und Begriffsabgrenzungen (vgl. III 4.1), als Erstes die Positionierungen der Weltgesundheitsorganisation in Bezug auf die Gesundheitsförderung dar (vgl. III 4.2). Danach beschreibe ich mit der Prävention und dem Empowerment zwei gesundheitsförderliche Ansätze, die in der Sozialpsychiatrie eine Rolle

spielen (vgl. III 4.3). In Kapitel III 4.4 ordne ich mein Konzept anhand der allgemeinen Gesundheitsfördertheorien ein.

### III 4.1 Einleitende Überlegungen und Begriffsabgrenzungen

Wie weiter oben ausgeführt, stand die westliche Medizingeschichte seit der griechischen Antike und bis ins 19. Jahrhundert hinein unter dem Primat der Gesundheit (vgl. Seewald 2008, 65). Während zweieinhalbtausend Jahren war somit nicht die Behandlung von Krankheiten, sondern die Förderung der individuellen Gesundheit im Zentrum der medizinischen Bemühungen. Zu einer Neubelebung genuin gesundheitsförderlichen Denkens und Handelns kam es in jüngerer Zeit, seit den 1980er-Jahren, nicht zuletzt aufgrund einer allgemeinen Medizinkritik, welche die Einseitigkeiten des Medizinsystems und des damit verbundenen Gesundheitsverständnisses betraf (ebd., 65 f.).

Die Weltgesundheitsorganisation hat dieses neue Begriffsverständnis von „Gesundheitsförderung“ (engl.: Health Promotion) im Zusammenhang mit dem „Public Health“-Ansatz ganz entscheidend geprägt.<sup>114</sup> Gemäß WHO bezeichnet Gesundheitsförderung einen komplexen sozialen und politischen Prozess. Die gesundheitsförderlichen Aktivitäten sind nicht nur auf die Stärkung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Individuen gerichtet, sondern genauso auf die Veränderung von sozialen, ökonomischen und Umweltbedingungen (Weltgesundheitsorganisation WHO 1998, 1).<sup>115</sup>

Die Bezeichnung „Gesundheitsförderung“ wird teilweise beliebig, tendenziell auch inflationär verwendet. Angesichts dieser Tatsache schlägt Kaba-Schönstein (2003, 104 f.) als Ordnungsversuch vor, ein weites von einem eher engen Begriffsverständnis abzugrenzen. In einem „weiten“ Sinn wird Gesundheitsförderung als ein Ober- oder Sammelbegriff für alle nicht-therapeutischen gesundheitsbezogenen Interventionen verstanden (inklusive präventiver oder rehabilitativer Maßnahmen) (ebd., 105). Dagegen heben die „engeren“ Definitionen – meist in Anlehnung an die Ottawa-Charta – das Andersartige des Gesundheitsförder-Ansatzes im Vergleich zur pathogenetischen Orientierung der Prävention

---

<sup>114</sup> „Public Health“ (deutsch: „Öffentliche Gesundheit“) meint ein soziales und politisches Konzept. Es zielt durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf die Verbesserung der Gesundheit, auf eine Lebensverlängerung und auf eine Erhöhung der Lebensqualität der gesamten Bevölkerung (Weltgesundheitsorganisation WHO 1998, 3).

<sup>115</sup> Ihre theoretischen Wurzeln hat die Gesundheitsförderung in verschiedenen Disziplinen: den Gesundheitswissenschaften, d.h. in der Gesundheitssoziologie und der Gesundheitspsychologie, aber auch in der Medizin, z.B. in der Präventiv- und Sozialmedizin oder der Verhaltensmedizin (vgl. Wulfhorst 2002, 102 ff.).

hervor, und zwar insbesondere die salutogenetische Orientierung an den Potenzialen und den Ressourcen (ebd.).

Gerade in der Pädagogik existieren neben dem Begriff der Gesundheitsförderung viele ähnliche Begriffe, die, je nach Quelle, zudem unterschiedlich aufgefasst werden (z.B. Termini wie Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung oder auch Prävention). Wulfhorst, die sich für einen Begriff der „Gesundheitspädagogik“ im Sinne einer Teildisziplin der Erziehungswissenschaften starkmacht, beschreibt im pädagogischen Kontext eine „[...] wissenschaftlich unbefriedigende Begriffsvielfalt und insbesondere auch -beliebigkeit [...]“ (Wulfhorst 2002, 199).<sup>116</sup> Diskussionen bezüglich der Frage, welcher Begriff sich im Zusammenhang mit gesundheitsorientierten Vorgehensweisen eignet, finden auch in der Sportpädagogik statt. Häufig spielen dabei Argumentationen für den Begriff der Gesundheitsbildung gegenüber dem der Gesundheitserziehung eine Rolle.<sup>117</sup>

Als Leitbegriff für mein Konzept wähle ich den Begriff der Gesundheitsförderung und begründe dies an späterer Stelle.

### III 4.2 Gesundheitsförderung gemäß der Weltgesundheitsorganisation

Der Gesundheitsbegriff, der dem Verständnis von Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation zugrunde liegt, ist positiv und prozesshaft formuliert. In der Ottawa-Charta von 1986 wird die Gesundheit als ein Prozess beschrieben, der darauf zielt, „[...] allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Weltgesundheitsorganisation WHO 1986/1993, o.S.). Gesundheit ist als „[...] ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden [...]“ und als ein wichtiger Bestandteil des alltäglichen Lebens bestimmt, d.h. nicht als ein vorrangiges Lebensziel (ebd.). Außerdem werden neben den individuellen gleichermaßen die sozialen Ressourcen

---

<sup>116</sup> Laut Wulfhorst (vgl. im Folgenden: 2002, 33) kommt dem Terminus „Gesundheitspädagogik“, der in der erziehungswissenschaftlichen Literatur eher selten verwendet wurde, ein umfassender Charakter zu. Wulfhorst versteht ihn als eine Art „Dachbegriff“ und fasst darunter sämtliche Theorien, Modelle, Konzeptionen, Maßnahmen und Methoden, die auf die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens, die Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte, die Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen und die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhältnisse bezogen sind.

<sup>117</sup> Bspw. Prohl (2006) plädiert für den Begriff der Gesundheitsbildung, um eine Mittel-Zweck-Invertierung in Bezug auf die Frage: „Gesundheit – wozu?“, vorzunehmen. Während die Gesundheit in der traditionellen Gesundheitserziehung seines Erachtens der Zweck ist, den es mittels des Sports zu erreichen gilt – man bewegt sich/treibt Sport, um gesund zu bleiben –, ist die Gesundheit aus der Perspektive der Gesundheitsbildung das Mittel, um etwas tun können (also sich zu bewegen oder Sport zu treiben) (vgl. ebd., 158). – Schmidt-Millard (1991) bevorzugt den Begriff der Gesundheitsbildung gegenüber demjenigen der Gesundheitserziehung aus einem leibphänomenologischen Begründungszusammenhang heraus.

betont: Grundlegende Bedingungen „[...] von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“ (ebd.). Die WHO-Definition bezieht sich daher auf die „[...] Interaktion zwischen Lebensweisen und Lebensumständen [...]“ (Kickbusch 2006, 37).<sup>118</sup>

Die Perspektiven und Orientierungen der Gesundheitsförderung, die durch die Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation geformt wurden, skizziere ich im Folgenden.

Seit Ende der 1970er- bzw. Anfang der 1980er-Jahre beginnt durch die oben bereits angedeutete Kritik am Medizinsystem, an der „traditionellen“ Prävention und an der Gesundheitserziehung, aber auch durch den Einfluss sozialer Bewegungen (Frauen-, Gesundheits-, Selbsthilfe, Umwelt- und Verbraucherbewegungen) die Entwicklung eines neuen Konzepts der Gesundheitsförderung (Kaba-Schönstein 2003, 80). Dieses führte u.a. zu den allgemein sehr bekannten Positionierungen der WHO, die in der Ottawa-Charta und der Jakarta-Erklärung festgehalten sind.

In der Ottawa-Charta werden drei grundsätzliche Strategien zur Gesundheitsförderung verfolgt (vgl. im Folgenden: Weltgesundheitsorganisation WHO 1986/1993, o.S.): Erstens die Interessenvertretung für Gesundheit, um durch ein aktives, anwaltschaftliches Eintreten politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische, Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv zu beeinflussen und so die Voraussetzungen für Gesundheit zu schaffen. Zweitens das „Befähigen“ aller Menschen, „[...] ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfaßt sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können.“ Die Strategie des Vermittelns und Vernetzens bezieht sich, drittens, auf das Zusammenwirken unterschiedlicher gesellschaftlicher Interessensbereiche, um gute Perspektiven für die Gesundheit zu schaffen.

Die genannten Strategien werden außerdem durch fünf vorrangige Handlungsfelder ergänzt, die wiederum fünf verschiedenen Interventionsebenen der Gesundheitsförderung entsprechen (vgl. im Folgenden ebd.): „Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“ (Ebene der Politik); „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“

---

<sup>118</sup> Die gesellschaftlichen Verhältnisse prägen sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht die Gesundheit einer Person erheblich (Seewald 2012, 55). In negativer Hinsicht ist es bekanntermaßen erwiesen, dass Armut, Ausgrenzung, Bildungsferne, langfristige Arbeitslosigkeit oder andere Formen der sozialen Benachteiligung gesundheitsschädigend wirken. Besonders demoralisierend und gesundheitsschwächend wirken dabei das Gefühl der Deklassierung und Entsolidarisierung (ebd.).



(Ebene des Gemeinwesens); „Gesundheitsdienste neu orientieren“ (Ebene der Institutionen); „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“ (Ebene der Gruppen); „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ (Ebene der Individuen).

In der „Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung“ von 1997 wird die in der Ottawa-Charta festgelegte Bestimmung der Gesundheitsförderung bestätigt, vor allem was ihre gesundheitspolitischen Strategien und Kernaussagen angeht (vgl. Kaba-Schönstein 2003, 85). Eine wichtige Ergänzung durch die Jakarta-Deklaration besteht in der Feststellung, dass umfassende Ansätze – also die Kombination der in der Ottawa-Charta benannten Strategien – am effektivsten wirken und dass sog. „Settings“ – also die Lebensbereiche, in denen Menschen den Großteil ihrer Zeit verbringen – besonders geeignete Möglichkeiten für die Umsetzung umfassender Gesundheitsförderstrategien bieten (Weltgesundheitsorganisation WHO 1997, 3). Zudem wird der Gedanke der aktiven Partizipation hervorgehoben: Die „[...] Menschen müssen im Mittelpunkt gesundheitsfördernder Entscheidungsprozesse und Handlungen stehen [...]“ (ebd.). Um eine wirkungsvolle Beteiligung und eine Befähigung von Menschen und Gemeinschaften im Hinblick auf ein selbstbestimmtes Handeln (Empowerment) zu erreichen, ist wiederum das „Gesundheitslernen“, also der Zugang zu Information und Bildung, ganz wesentlich (ebd.).

Die Programmatiken von Ottawa und Jakarta sind nach wie vor leitend. Trotzdem werden die Gesundheitsförderstrategien und -programme durch die WHO permanent weiterentwickelt, bspw. hinsichtlich der Evidenz-Basierung von Gesundheitsförderung (Kaba-Schönstein 2003, 86) oder – seit Ende der 1990er-Jahre – hinsichtlich einer verstärkten Bewusstmachung, was das Thema „seelische Gesundheit“ betrifft (vgl. ebd., 97).<sup>119</sup>

### III 4.3 Prävention und Empowerment: zwei allgemeine Ansätze der Gesundheitsförderung mit sozialpsychiatrischer Relevanz

Aufgrund der unterschiedlichen Sichtweisen in Bezug auf Gesundheit und gesundheitliche Einflussfaktoren lassen sich auf der beschreibenden Ebene verschiedene Ansätze der Gesundheitsförderung unterscheiden (vgl. Naidoo/Wills 2003).<sup>120</sup> Sie führen zu jeweils

---

<sup>119</sup> Nach dem Verständnis der WHO umfasst die psychische Gesundheit Aspekte wie Wohlbefinden, Zufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, Alltagsbewältigung und Arbeitsfähigkeit (Bürli et al. 2015, 2; mit Bezugnahme auf WHO 2001). Psychische Gesundheit wird außerdem als ein vielschichtiger Prozess aufgefasst, den neben individuellen maßgeblich sozioökonomische, kulturelle und ökologische Faktoren beeinflussen (ebd.).

<sup>120</sup> Naidoo/Wills (vgl. 2003, 90 ff.) unterscheiden fünf Ansätze der Gesundheitsförderung: den medizinisch-präventiven Ansatz, den Ansatz der Verhaltensänderung, denjenigen der Gesundheitsaufklärung oder -erziehung, den Ansatz des Empowerments und den Ansatz der sozialen und politischen Veränderung.

unterschiedlichen Praxen. In den nächsten Abschnitten stelle ich zwei ausgewählte Gesundheitsförderansätze vor: die Prävention und das Empowerment. Beide sind im sozialpsychiatrischen (und z.T. im psychiatrischen) Kontext auf unterschiedliche Weise von Bedeutung.

Der medizinische oder präventive Ansatz der Gesundheitsförderung ist in westlichen Ländern sehr populär (ebd., 90). Gesundheit wird als Abwesenheit von Krankheit definiert; vom Grundsatz her zielt der Ansatz demgemäß auf Maßnahmen zur Reduzierung von Krankheit und vorzeitigem Tod und richtet sich an bestimmte Bevölkerungs- und Risikogruppen (ebd., 90 f.).<sup>121</sup> Die öffentliche Gesundheit und die Sozialmedizin sind die Medizinbereiche, die sich hauptsächlich mit der Prävention befassen (ebd., 91).

Die „Krankheitsprävention“ umfasst nicht nur Maßnahmen, die dem Aufkommen von Krankheiten vorbeugen, sondern auch solche, die deren Fortschreiten eindämmen und die Krankheitsfolgen minimieren (Weltgesundheitsorganisation WHO 1998, 4). Demgemäß wird die Interventionsstrategie der Prävention üblicherweise wie folgt differenziert (vgl. Naidoo/Wills 2003, 78): „Primäre Prävention“ versucht durch die Information und Beratung von Risikogruppen die Entstehung einer Erkrankung zu verhindern. Demgegenüber zielt die „sekundäre Prävention“ durch frühzeitige Diagnostik und Behandlung darauf, die Krankheitsdauer zu verkürzen und ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Die „tertiäre Prävention“ ist schließlich darauf ausgerichtet, die aus irreversiblen Erkrankungen entstehenden Leiden und Komplikationen zu mildern.

Im (sozial-)psychiatrischen Kontext hat nach wie vor die von Caplan vorgenommene „[...] Unterscheidung von Primärprävention als Verhinderung, Sekundärprävention als Früherfassung bzw. -intervention und Tertiärprävention als Vermeidung der Chronifizierung psychischer Krankheiten [...]“ ihre Gültigkeit (Balz 2016, 13; mit Bezugnahme auf Caplan 1964). Während die Prävention psychischer Störungen in der Psychiatrie bislang meist unhinterfragt als positives Ziel galt, wird mittlerweile vermehrt nach diesbezüglichen Risiken und Ambivalenzen gefragt (vgl. Balz 2016, 12). Kritische Stimmen zu den präventiven Interventionen in der Psychiatrie mehren sich bspw. dahingehend, „[...] dass die Identifizierung einer Person als gefährdetes Subjekt lediglich als eine

---

<sup>121</sup> Der medizinische Ansatz der Gesundheitsförderung (vgl. im Folgenden: Naidoo/Wills 2003, 90 f.) genießt insbesondere deshalb einen hohen Status, weil er auf wissenschaftlich anerkannten Methoden basiert (z.B. der Epidemiologie), mit von Experten geleiteten „Top-down-Interventionen“ operiert und für die öffentliche Gesundheit bereits große Erfolge erzielen konnte (man denke z.B. an die Ausrottung der Pocken durch entsprechende Impfprogramme). Außerdem gilt die medizinische Interventionsstrategie der Prävention – zumindest kurzfristig betrachtet – als wesentlich billiger als die Behandlung von bereits Erkrankten.

Wahrscheinlichkeitsangabe zu betrachten ist“ (ebd., 14). Somit sind z.B. auch solche Programme kritisch zu betrachten, die darauf zielen, den Risikopersonen ein verbessertes Wissen über Symptome und Risikozeichen einer seelischen Erkrankung zu vermitteln (ebd.).

Der Ansatz des Empowerments meint eine „Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln“ – so die deutsche Übersetzung von Empowerment – und bezieht sich sowohl auf Individuen, d.h. auf die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen und die Kontrolle über das eigene Leben zu haben, als auch auf die Befähigung von Gemeinschaften bzw. sozialen Gruppen (Weltgesundheitsorganisation WHO 1998, 6 f.).<sup>122</sup> Allgemeiner ausgedrückt, soll Empowerment Menschen dazu verhelfen, ihre Gesundheitsprobleme festzustellen und zugleich die notwendigen Fähigkeiten und die Zuversicht zu entwickeln, um auf diese Probleme adäquat reagieren zu können (Naidoo/Wills 2003, 96). Ausgehend von der WHO-Definition von 1986, gemäß der die Gesundheitsförderung ein Prozess ist, der den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll, stützt sich der Ansatz auf eine von „unten nach oben“ angelegte Strategie. Er verlangt von den Gesundheitsförderern demzufolge andere Fähigkeiten (ebd.). Gesundheitsförderer haben nicht mehr die Rolle des Experten, sondern des „Unterstützers“ bzw. „Vermittlers“, der dafür zu sorgen hat, gesundheitsförderliche Prozesse in Gang zu setzen. Methoden, die in Bezug auf das „individual empowerment“ zur Anwendung kommen, sind u.a.: die Stärkung des Selbstwertgefühls, nicht-direktive und klientenzentrierte Vorgehensweisen, die Hilfe zur Selbsthilfe oder ein „anwaltschaftliches Eintreten“ (ebd.). Um soziale Gruppen oder Gemeinden zu „empowern“, gesundheitliche Probleme zu artikulieren und gemeinsam Aktionspläne zur Problemlösung zu erarbeiten, wird die sog. Gemeinwesenarbeit als Methode eingesetzt (ebd., 97).

In der (sozial-)psychiatrischen Versorgung ist die Empowerment-Bewegung noch relativ jung (Bening 2016, 27). Sie setzt, gemeinsam mit der Recovery-Bewegung, jedoch neue Impulse und zeigt Möglichkeiten der Selbstverantwortung und der Gesundung auf (ebd.). Für die Professionellen in der Psychiatrie und in der Sozialpsychiatrie stellt sich somit vermehrt die Frage, wie das Empowerment der Klienten – z.B. im Gegensatz zur erlernten Hilflosigkeit – unterstützt werden kann und welche Haltung hierfür erforderlich ist (vgl. ebd.).

---

<sup>122</sup> Der englische Begriff „empowerment“ wird im deutschen Sprachraum ebenfalls verwendet und meint ursprünglich den Prozess, bei dem durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktionen diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden (vgl. Naidoo/Wills 2003, 80).

#### III 4.4 Einordnung meines Konzepts anhand der Gesundheitsfördertheorien

Mit Bezugnahme auf die unter III 4 beschriebenen Theorien und Ansätze der Gesundheitsförderung versuche ich, das von mir geplante Gesundheitsförderkonzept einzuordnen.

Wie bereits erwähnt, beziehe ich mich bei meinem Konzept auf den Begriff der Gesundheitsförderung. Dabei scheint mir das Verständnis von Gesundheitsförderung, wie es in der Ottawa-Charta beschrieben wird, ein geeigneter Bezugspunkt zu sein. Es ist zum einen umfassend formuliert, d.h. es bezieht sich sowohl auf das Individuum als auch auf seine Verhältnisse. Zum anderen betont es die salutogenen Potenziale und Ressourcen. Dies ist im Hinblick auf die Klientenspezifika meines Konzepts von Interesse, da auf diese Weise ein Kontrapunkt zum Ansatz der Prävention gesetzt wird, der im sozialpsychiatrischen Kontext ansonsten meist präferiert wird. Für meine Zwecke eignet sich auch der positiv gefasste Gesundheitsbegriff, welcher der Ottawa-Charta zugrunde liegt und gemäß dem die Gesundheit eine Ressource für das tägliche Leben ist (vgl. Weltgesundheitsorganisation WHO 1986/1993).

Mein Gesundheitsförderkonzept ist individuumsbezogen angelegt. Gemäß WHO setzt die Gesundheitsförderung auf allen Ebenen, also auch auf der individuellen Ebene an. Zudem gilt die Berücksichtigung des Individuums als die Endstrecke jeder gesundheitsfördernden Intervention (Wulfhorst 2002, 104). Aufgrund der Leib-Basierung meiner Konzipierung wird das „Überindividuelle“, das in der Gesundheitsförderung gefordert wird, einerseits mitberücksichtigt. Andererseits darf aber nicht ignoriert werden, dass es immer unterstützender „äußerer“ (z.B. sozialer) Bedingungen bedarf, damit Menschen aktiv an ihrer Gesundheit mitwirken und gesund leben können. Da die Teilhabe-Möglichkeiten von Menschen mit einer seelischen Erkrankung/Behinderung, an die sich mein Konzept richten soll, oft eingeschränkt sind, ist dieser Grundsatz der Gesundheitsförderung besonders zu beachten.

Im Sinne des individuellen Empowerments geht es mir in konzeptioneller Hinsicht darum, die Menschen mit einer seelischen Erkrankung/Behinderung dazu zu befähigen<sup>123</sup>, selbstbestimmt zu handeln bzw. die eigenen Potenziale zu verwirklichen, um ein gelingendes

---

<sup>123</sup> Der Begriff „befähigen“ (engl.: enabling) besagt laut der WHO, „[...] in Partnerschaft mit einzelnen Individuen oder Gruppen zu handeln, um diese in die Lage zu versetzen, durch die Mobilisierung von [...] Ressourcen ihre Gesundheit zu fördern und zu schützen“, wobei insbesondere die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln (das Empowerment) betont ist (Weltgesundheitsorganisation WHO 1998, 6).

Leben führen zu können. Dies soll durch eine Förderung und Unterstützung der individuellen Selbstsorge-Fähigkeiten geschehen.

### III 5 Zur Gesundheitsorientierung sozialpsychiatrischer Settings

Wie zu Eingang von Kapitel III erwähnt, soll mein Gesundheitsförderkonzept in sozialpsychiatrischen Settings verortet werden. Es stellt sich die Frage, inwiefern die Settings der Sozialpsychiatrie und die Ideen, die mit dem Begriff „Sozialpsychiatrie“ zusammenhängen, einen hierfür geeigneten Rahmen bieten. Dies werde ich in den folgenden Abschnitten der Dissertation eruieren.

Um klarzumachen, was gemeint ist, wenn ich von „Sozialpsychiatrie“ spreche, stelle ich verschiedene Bestimmungen des Begriffs vor und vermittele – auch aus psychiatriegeschichtlicher Sicht – einen Eindruck von seinem Bedeutungsgehalt (vgl. III 5.1). Danach schätze ich ein, welche Bedeutung den Themen „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ in der Sozialpsychiatrie derzeit zukommt (vgl. III 5.2.1). Mit dem sog. Recovery-Konzept beschreibe ich einen wichtigen gesundheitsfokussierten Ansatz, der im sozialpsychiatrischen Kontext zunehmend an Bedeutung gewinnt (vgl. III 5.2.2). Abschließend reflektiere ich, welche Chancen bestehen, mein Gesundheitsförderkonzept in sozialpsychiatrischen Settings umzusetzen (vgl. III 5.3).

#### III 5.1 Bestimmungen und Bedeutungen des Begriffs „Sozialpsychiatrie“

Eine einheitliche Definition des Begriffs „Sozialpsychiatrie“ zu finden, scheint schier unmöglich. Was die Sozialpsychiatrie genau ist oder sein sollte, war und ist immer wieder Gegenstand kontroverser Diskussionen (Ciompi 2013, 5). „Für die einen sollte Sozialpsychiatrie eine besonders soziale und damit auch sozialpolitisch aktive Psychiatrie [...] sein, für die anderen war sie einfach einer der drei unverzichtbaren Pfeiler [...] einer gleichermaßen neurobiologisch wie psycho- und soziodynamisch verankerten ganzheitlichen Psychiatrie, und für die dritten war der Begriff als solcher überhaupt überflüssig [...]“ (ebd.). Was den zuletzt genannten Punkt betrifft, konstatieren z.B. Dörner/Plog (1990, 18): „Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie.“ Ihrer Ansicht nach geht es lediglich um eine Vervollständigung der Psychiatrie in sozialer Hinsicht (ebd., 475). Auf eine andere – laut Peukert (2002, 6) entpolitisierte – Definition von Sozialpsychiatrie einigte sich die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie ab 1993:

Sozialpsychiatrie ist „[...] diejenige Unterdisziplin der Psychiatrie, die psychisch kranke Menschen in und mit ihrem Umfeld zu verstehen und behandeln sucht“ (Ciompi 2013, 5).<sup>124</sup>

Die Sozialpsychiatrie hat ihre eigene Geschichte, die ich hier andeute, um einen Eindruck über das ursprüngliche sozialpsychiatrische Gedankengut zu vermitteln. Während das 19. Jahrhundert mit der Etablierung der Psychiatrie als medizinischer Wissenschaft verbunden ist (vgl. Dörner/Plog 1990, 469 ff.), ist die Entwicklung in Richtung der Sozialpsychiatrie mit einer „Aufhebung der medizinischen Einseitigkeit“ verbunden (vgl. ebd., 474 ff.). Zu den wesentlichsten Forderungen im Zusammenhang mit den Reformbestrebungen der 1970er-Jahre zählte deshalb z.B. die Abkehr von Krankheitstheorien. In den Fokus rückten stattdessen die unmittelbare Begegnung mit den von einer seelischen Krankheit Betroffenen, die Konfrontation mit ihrem persönlichen Leid und die „[...] de-institutionalisierte [...] Auseinandersetzung mit dem Wahnsinn [...]“, was mit der radikalen Forderung nach einer Abschaffung der psychiatrischen Kliniken in Verbindung stand (Peukert 2002, 3 f.).

Einen wichtigen Innovationsschub zur Veränderung der Nachkriegspsychiatrie in Deutschland bewirkte schließlich die „Psychiatrie-Enquête“ von 1975, d.h. der „Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“ (ebd., 4). Auf den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête basierte der sozialpsychiatrische Grundsatz: „ambulant vor stationär“. Er führte im deutschsprachigen Raum zwischen 1975 und 1995 zur Schaffung einer Vielfalt an gemeindepsychiatrischen, komplementären und rehabilitativen Angeboten (Hoffmann 2014, 33).<sup>125</sup> Konkret handelt es sich dabei um ein Netzwerk von Teilzeit- und Übergangssituationen, wie z.B. Tageskliniken, Rehabilitationszentren, geschützten Wohn- und Arbeitsgelegenheiten, quartierzentrierten Ambulatorien oder Kriseninterventionszentren (Ciompi 2013, 5).

Die aktuelle Situation der Sozialpsychiatrie wird mittlerweile auch kritisch betrachtet. Es wird u.a. kritisiert, dass die sozialpsychiatrischen Reformanstrengungen ab Mitte der 1990er-Jahre zunehmend von ökonomischen Überlegungen abgelöst worden seien (Hoffmann 2014, 33). Außerdem habe der Prozess der Enthospitalisierung nicht gleichzeitig zu einer „Entinstitutionalisierung“<sup>126</sup> geführt, sondern zu einer Verlagerung, d.h. zu einem

---

<sup>124</sup> Der Begriff der Sozialpsychiatrie steht überdies in einem gemeinsamen Bedeutungsfeld mit Begriffen wie „Gemeindenähe Psychiatrie“, „Gemeindepsychiatrie“ oder „Kommunale Psychiatrie“ (vgl. Peukert 2002, 2).

<sup>125</sup> Analoge sozialpsychiatrische Reformanstrengungen wurden ebenfalls in anderen westeuropäischen Ländern unternommen (Hoffmann 2014, 33).

<sup>126</sup> Vgl. in diesem Kontext zum historischen Prozess der „Deinstitutionalisierung“ auch Aderhold (1998, 649 ff.).

Anstieg kostengünstigerer Wohn- und Betreuungsformen (z.B. in Wohnheimen, Wohngemeinschaften usw.) (ebd.). Überdies wird bemängelt, dass die Ideale und Zielsetzungen, die mit dem Begriff der Sozialpsychiatrie verbunden sind, und die Realität der sozialpsychiatrischen Praxis bisweilen divergieren.<sup>127</sup>

Meine Ausführungen haben gezeigt, dass es kein einheitliches Verständnis darüber gibt, was genau mit Sozialpsychiatrie gemeint ist. Wenn ich im Rahmen meiner Arbeit Bezug auf den Begriff „Sozialpsychiatrie“ nehme, verstehe ich darunter einerseits die entsprechenden – z.B. tagesstrukturierenden – Institutionen bzw. Settings. Sie sind weniger durch eine medizinische Einseitigkeit bestimmt, als dies in der klinischen Psychiatrie der Fall ist. Im Übrigen verbinde ich mit dem Begriff das ursprüngliche psychiatriereformerische Gedankengut und die entsprechenden Vorgehensweisen bzw. Haltungen der Professionellen.

### III 5.2 Die Förderung von Gesundheit in der Sozialpsychiatrie

#### III 5.2.1 Allgemeine Überlegungen zur Gesundheitsförderung in der Sozialpsychiatrie

Die Einrichtungen der Sozialpsychiatrie unterstehen verschiedenen Einflüssen (z.B. aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Bestimmungen und Finanzierungen, verschiedenartiger Zugangswege oder Zielsetzungen). So spielen etwa medizinisch-therapeutische, rehabilitative oder präventive Maßnahmen eine Rolle. Gesundheitsförderliche Ansätze, die auf die salutogenen Ressourcen und auf das Empowerment der Klienten ausgerichtet sind, beginnen sich in sozialpsychiatrischen Settings erst allmählich durchzusetzen.

Ein Blick in deutsche sozialpsychiatrische Fachzeitschriften zeigt aber, dass das Thema „Gesundheit“ zunehmend Beachtung findet. Einige ausgewählte Beispiele illustrieren dies: Die Zeitschrift „Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie“ widmet eine ganze Ausgabe dem Themenschwerpunkt „Psychische Gesundheit“ und präsentiert in diesem Zusammenhang bspw. Artikel zu „Salutogenese – Resilienz“, zu „Selbstmanagement“, zum Zusammenhang von Identität und seelischer Gesundheit oder zu präventiven Strategien (vgl. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe 2012). Desgleichen befasst sich eine Nummer der Zeitschrift

---

<sup>127</sup> Laut Heltzel (2014, 28) suggerieren bspw. die in der Sozialpsychiatrie gängigen Begriffe wie „Teilhabe“, „Selbstbestimmung“, „Inklusion“, „Dialog“ oder „Trialog“ zwar humanitäre Werte und Vorgehensweisen, die an Teilhabebedarfen ausgerichtet sind. Faktisch bewirke das Vorherrschen bürokratischer Steuerungsinstrumente jedoch, dass die Professionellen sich selbst und ihre Klienten zunehmend unter Leistungsdruck setzen, um über „[...] maximal ausgefeilte Zielformulierungen und Zielerreichungskontrollen [...]“ Veränderungen bei den Klienten zu erreichen (ebd.).

„Treffpunkte“ mit dem Thema „Resilienz“ und mit dem Konzept der „Genesungsbegleiter“ (vgl. Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V. 2015). Beachtenswert ist auch eine Nummer der Zeitschrift „Soziale Psychiatrie“ (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. 2013). Unter dem Themenschwerpunkt „Wenn's hilft ...“ werden alternative Genesungswege vorgestellt. So schildern z.B. zwei Psychiatrie-Erfahrene, wie „Energiearbeit“ und „spirituelle Achtsamkeit“ oder das Engagement in der Selbsthilfe-Szene die persönliche Sinnfindung und Gesundheit wesentlich unterstützt haben (vgl. ebd.).

Allerdings mahnt die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP), dass die Gesundheitsförderung in der sozialpsychiatrischen Praxis insgesamt immer noch zu wenig berücksichtigt werde (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. 2010, 19). Deshalb fordert die DGSP in diesem Kontext z.B. mehr Anti-Stigma- und Aufklärungskampagnen oder die Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen als Experten in eigener Sache (vgl. ebd.). Zugleich bemüht sie sich um eine Verbreitung theoretischer und praktischer Ansätze, die sich gezielt mit der Ressourcenorientierung und der seelischen Gesundheit befassen (z.B. Recovery, Resilienz oder Salutogenese) (vgl. ebd.).

Im Zusammenhang mit der allmählichen Ausrichtung an der Gesundheitsförderung spielen in der Sozialpsychiatrie die Selbsthilfe-Bewegungen eine wichtige Rolle. Die Gesundheitsselbsthilfe umfasst nicht nur individuelle, sondern auch partizipatorische und gesellschaftskritische Standpunkte (sie geht u.a. mit Forderungen nach Emanzipation, Selbstbestimmung oder Bürgerbeteiligung einher) (vgl. Torges 2016, 4). Auf der individuellen Ebene wird die Selbsthilfe zudem als ein zentraler Faktor für den sog. Recovery-Prozess erachtet.<sup>128</sup> „Recovery“ bezeichnet ein psychiatriespezifisches Konzept, in dem die individuellen Genesungswege sehr radikal in den Mittelpunkt gestellt werden. Es lässt sich, wie ich im Folgenden aufzeigen werde, dem Paradigma der Gesundheitsförderung zuordnen.

### III 5.2.2 Das Recovery-Konzept

Ausgehend von der internationalen Bewegung der Psychiatrie-Betroffenen hat sich in den letzten Jahren das Recovery-Konzept entwickelt, das bei Betroffenen, Angehörigen und zum Teil bei Professionellen eine breite Resonanz gefunden hat (Amering 2014, 146).<sup>129</sup>

---

<sup>128</sup> Recovery ohne Selbsthilfe wird sogar als eine Sache der Unmöglichkeit betrachtet (Bock 2014, 50).

<sup>129</sup> Die Begriffsprägung „Recovery“ erfolgte laut Mezzich in den frühen 1990er-Jahren in der Rehabilitation: „Damals wurde klar, dass der Sinn professioneller Bemühungen nicht einfach darin bestehen sollte, sich einseitig mit der Krankheit und der Verbesserung der Funktionstüchtigkeit zu beschäftigen. Vielmehr sollten professionelle Bemühungen das Ziel haben, in Zusammenarbeit mit dem Individuum die Ganzheit der Person



„Recovery“ kann etwa mit: Erholung, Besserung, Genesung, Gesundung, Rettung, Rückgewinnung oder Wiedergewinnung übersetzt werden (Amering/Schmolke 2007, 11). Eine m.E. sehr aussagekräftige Begriffsdefinition stammt von Pat Deegan, einer Betroffenen mit einer schizophrenen Erkrankung, die heute als weltweit erfolgreiche Forscherin und eine der ersten Repräsentantinnen des Konzepts gilt: Recovery ist die „[...] Entwicklung aus den Beschränkungen der PatientInnenrolle hin zu einem selbstbestimmten Leben [...]“ (Deegan 2005; zit. n. Amering 2014, 146).

Schlagwortartig zusammengefasst lauten die zentralen Botschaften von Recovery: „Gesundung ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich! [...] Ohne Hoffnung geht es nicht! [...] Jeder Gesundungsweg ist anders! [...] Gesundung ist kein linearer Prozess! [...] Gesundung geschieht, auch wenn Symptome fortbestehen oder Krisen auftreten! [...] Krankheit und Gesundung verändern den Menschen! [...] Gesundung ist mit, ohne oder trotz professioneller Hilfe möglich! [...]“ (Gränicher/Pro Mente Sana 2007, 4 f.).

Einige Gesichtspunkte, die mir im Zusammenhang mit den Recovery-Ideen wichtig erscheinen, werde ich im Folgenden näher ausführen.

Das Recovery-Konzept wendet sich grundlegend gegen den Mythos der Unheilbarkeit auch schwerer psychiatrischer Erkrankungen (Amering/Schmolke 2007, 14). Die Kräfte des Widerstands und der konstruktiven Anpassung an schwierige Situationen – m.a.W. also die Resilienz – gelten als essenzielle Vorgänge im Heilungsprozess, die eine Person vor der demoralisierenden Resignation und der Selbststigmatisierung bewahren (vgl. ebd., 11). Im Umkehrschluss wird angenommen, dass die Hoffnungslosigkeit die Kräfte untergräbt, die für die Gesundheit arbeiten könnten (vgl. ebd., 15). Hoffnungslosigkeit, so die entsprechende Meinung, wird wesentlich durch Prozesse der Diskriminierung und der Stigmatisierung mit verursacht (etwa indem Rückzug, Kontaktvermeidung oder entwertende Bemerkungen durch andere erlebt werden). Dies gilt als Hindernis für Recovery, insbesondere wenn die Diskriminierung und die Stigmatisierung zugleich zu einem internalisierten Stigma führen, d.h., wenn die Ansichten der „Allgemeinheit“ selbst übernommen werden (vgl. ebd., 70 ff.).

Worauf gründet die hoffnungsvolle Sicht der Recovery-Bewegung? Sie basiert einerseits auf den Selbstzeugnissen von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten, die gesund geworden sind oder die trotz der Erkrankung einen wesentlichen Teil ihres Lebens als

---

zu berücksichtigen – die Person als Eigentümerin ihrer einzigartigen Geschichte und Werte, die ein spezifisches Spektrum von Werten besitzt“ (Mezzich 2007, 8).

gesunde Menschen leben können (Amering 2014, 146).<sup>130</sup> Andererseits bezieht sich die Recovery-Perspektive auf wissenschaftliche Daten, nämlich auf Verlaufsbeobachtungen zu Krankheitsverläufen. Diese belegen bspw., dass immer ein Teil der Menschen, die an einer schizophrenen Störung erkranken, wieder gesunden, dass nach langen, schweren Krankheitsverläufen wieder ein hoher Grad an Gesundheit erreicht werden kann oder dass man trotz fortbestehender Krankheitssymptome ein befriedigendes Leben führen kann (vgl. ebd., 147 f.).<sup>131</sup>

Ein weiterer zentraler Recovery-Aspekt ist der individuelle Charakter jedes Genesungswegs. Um Gesundheit zu verstehen, reichen objektive Parameter insofern nicht aus und die subjektive Perspektive gilt als unabdingbar (Amering/Schmolke 2007, 135). Die vorgenannte Recovery-Vertreterin Pat Deegan führte hierzu eine interessante Studie mit qualitativen Interviews durch (vgl. im Folgenden: ebd., 261 ff.; mit Bezugnahme auf Deegan 2005). Unter dem Begriff „personal medicine“ erfasste Deegan zahlreiche individuelle, selbstinitiierte Selbsthilfe-Aktivitäten – gemeint sind nicht-pharmakologische Strategien. Es handelt sich u.a. um Aktivitäten, die Bedeutung und Lebenssinn geben oder um solche, die das eigene Wohlbefinden stärken. Laut Deegan wird mit den professionellen Helfern i.d.R. nicht über die „personal medicine“ gesprochen. Daher fordert sie von den Professionellen in der Psychiatrie, die Patienten routinemäßig zu ihren bereits praktizierten Selbsthilfetätigkeiten zu befragen und die „personal medicine“ – z.B. neben den verschriebenen Medikamenten – als Teil eines Gesamtbehandlungsplans zu sehen.

Zwischen dem Recovery-Konzept und der Gesundheitsförderung bestehen Verbindungslinien. Gemäß Amering/Schmolke (2007, 134) sollte „Gesundheitsförderung“ als Metabegriff für all jene individuell unterschiedlichen Heilungs- und Genesungsprozesse verwendet werden, die mit Hoffnung, wiedererlerntem Optimismus und Resilienz, aber auch mit den vielfältigen Selbsthilfeaktivitäten, Bewältigungsmechanismen und den unterstützenden sozialen Beziehungen und Netzwerken zu tun haben. Ihrer Ansicht nach haben die Gesundheitsförderung und die Recovery-Perspektive das relative bzw. das Prozess-Verständnis von Gesundheit und Krankheit gemeinsam: Im Sinne des Gesundheits-

---

<sup>130</sup> Wichtige Vertreter, die mit der Veröffentlichung ihrer Recovery-Geschichten anderen Mut gemacht haben, sind, neben der erwähnten Pat Deegan, u.a. Dan Fisher, Helen Glover, Ron Coleman und Dorothea Buck (vgl. Bening 2016, 27).

<sup>131</sup> Die harte Definition der klinischen Ergebnisforschung spricht von Genesung, wenn keine klinischen Symptome und keine damit in Verbindung stehenden Einschränkungen mehr bestehen. Dagegen besagt die „weichere“ Definition von Recovery, dass eine Verbesserung oder Beseitigung der Symptome nicht notwendigerweise eine Voraussetzung für Gesundheit ist, sondern dass es stattdessen um einen Lernprozess geht, wie man mit länger andauernden Einschränkungen lebt, sie handhabt oder kompensiert und wie man dennoch aktiv und erfüllt am Leben in der Gemeinschaft teilhaben kann (vgl. Amering/Schmolke 2007, 134 f.).

Krankheits-Kontinuums von Antonovsky kann ein Mensch zur gleichen Zeit sowohl krank als auch gesund sein (ebd., 136).

Recovery stellt einen interessanten Ansatz der Gesundheitsförderung dar, da das Leben mit der Erkrankung auch eine Variante des Gesundseins ist, die angestrebt werden kann. Darüber hinaus bezieht sich Recovery in Bezug auf die Genesungswege sowohl auf den Eigensinn einer Person als auch auf ihre persönlichen, familiären und sozialen Ressourcen (vgl. Bock 2014, 49).

### III 5.3 Umsetzungsmöglichkeiten meines Gesundheitsförderkonzepts im sozialpsychiatrischen Rahmen

Insgesamt sehe ich gute Chancen, mein Gesundheitsförderkonzept in sozialpsychiatrischen Settings umzusetzen. Prinzipiell eignet sich der sozialpsychiatrische Kontext dafür, an das Paradigma der Gesundheitsförderung anzuknüpfen. Wie ich aufgezeigt habe, gibt es dort derzeit intensive Auseinandersetzungen mit den Themen „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“. Trotz der berechtigten Kritik bezüglich der unzureichenden Verwirklichung sozialpsychiatrischer Ideen haben die sozialpsychiatrischen Settings im Vergleich zu den klinisch-psychiatrischen Settings den Vorzug, dass das medizinisch-therapeutische Paradigma weniger dominiert. Anhand eines Vergleichs der beiden Settings möchte ich dieses Argument nochmals in pointierter Form darlegen: Zunächst ist das sozialpsychiatrische Setting näher an der Alltagswelt der Personen. Hier ergibt sich eine Übereinstimmung mit der WHO-Definition, gemäß der die Gesundheit in der alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird. In den Settings der Sozialpsychiatrie können die professionellen Beziehungen zu den Klienten i.d.R. flexibler, d.h. weniger hierarchisch gestaltet werden. Zudem wird im Allgemeinen die Verantwortlichkeit der Klienten für sich selbst und für ihre täglichen Aktivitäten stärker akzentuiert. Tendenziell bestehen bessere Chancen, den Ansatz des Empowerments zu realisieren, denn die Klienten der Sozialpsychiatrie gelten nicht in erster Linie als „behandlungsbedürftige Patienten“.

Bei der Behauptung einer stärkeren Ressourcenorientierung sozialpsychiatrischer Settings, im Gegensatz zu den klinisch-psychiatrischen, handelt es sich um eine polarisierende Darstellung. Sie trifft natürlich nicht durchgängig zu.<sup>132</sup> Außerdem wirken gesundheitsfördernde Prinzipien in der Sozialpsychiatrie nicht automatisch. Damit die institutionellen Strukturen und die entsprechenden Arbeits- und Beziehungsformen das

---

<sup>132</sup> Ich weise hier darauf hin, dass ich in der stationären klinischen Versorgung keineswegs eine obsoletere Form der Hilfe für psychisch kranke Menschen sehe.

Empowerment nicht untergraben und die Autonomie der Klienten nicht doch einschränken, bedarf es einer steten Achtsamkeit der Professionellen.

### III 6 Abschließende Bewertung: Ausrichtung meines Konzepts am Paradigma der Gesundheitsförderung

Abschließend geht es um die Frage, ob es sinnvoll ist, mein Selbstsorge-Konzept in Anbetracht der Klientenspezifika am Paradigma der Gesundheitsförderung zu orientieren. Die Gesundheitsförderung kann sich bekanntermaßen auch an „vulnerable Gruppen“ wenden (vgl. Walter/Patzelt 2010, o.S.). Bislang steht sie in Bezug auf die Menschen mit einer seelischen Erkrankung vorwiegend unter dem Zeichen der Prävention, also einer Mischform zwischen den Paradigmen der Therapie und der Gesundheitsförderung.

Es erscheint mir aber sowohl möglich als auch sinnvoll, mein Konzept noch deutlicher an den ressourcenorientierten Theorien und Ideen der Gesundheitsförderung auszurichten. Theoretisch wird dies dann möglich, wenn in den Bezugstheorien beider Paradigmen der Kontinuums-Gedanke von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt wird. Diesen Begründungszusammenhang erläutere ich zuerst in Bezug auf das therapeutische Paradigma und dann in Bezug auf dasjenige der Gesundheitsförderung.

Im Kern verweisen die Krankheitslehren der anthropologischen und der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie darauf, dass seelische Erkrankungen eine grundsätzliche Möglichkeit des Menschseins darstellen. Hierdurch werden Krankheit und Gesundheit nicht polarisierend oder als sich gegenseitig ausschließend begriffen. Die für das therapeutische Paradigma typische Leitdifferenz „krank – gesund“ wird anders gewichtet: Die Übergänge vom kranken zum sog. „normalen“ Empfinden gelten als fließend. Dieses Kontinuum von seelischer Krankheit und seelischer Gesundheit lässt am Beispiel von Depression und Manie dahingehend veranschaulichen, dass jeder Mensch, mehr oder minder, solche Zustände kennt, die mit Trauer, Niedergeschlagenheit und Selbstwertproblemen zu tun haben oder aber mit Überschwang, Euphorie bzw. abgehobener Stimmung. Die Möglichkeit, depressiv bzw. manisch zu werden, ist somit in jedem Menschen angelegt und die Abstufungen zwischen „normalem“ und „krankem“ Empfinden gehen, wie oben gesagt, ineinander über (vgl. Bock 2012, 53). Ferner ist in diesem Kontext anzumerken, dass Dünnhäutigkeit, Exzentrizität oder Bipolarität nicht an sich negative und zwingend krankhafte Phänomene sind, denn gerade in extremen Ausdrucksformen zeigt sich das Wesen des Menschen (ebd.).

Die „ressourcenorientierte Blickrichtung“ der o.g. geisteswissenschaftlichen Krankheitslehren besteht zusammengefasst darin, dass die Krankheitssymptomatik als ein Teil des Spektrums menschlicher Möglichkeiten betrachtet wird.

Im Gesundheitsförderparadigma habe ich ebenfalls Bezugstheorien dargelegt, die eine Verbindung zwischen Gesundheit und Krankheit schaffen. Auf Gesundheitstheorien oder -modelle, welche die Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit definieren, habe ich aus diesem Grund verzichtet. Im Salutogenese-Modell wird der Gedanke eines Kontinuums von Gesundheit und Krankheit besonders explizit. Aber auch Nietzsche betrachtet die Gesundheit nicht als das Gegenteil von Krankheit. Denn nur über den Erkenntnisweg durch die Krankheit wird seines Erachtens die „Große Gesundheit“ erreicht, d.h. ein Mehr an Lebensweisheit und Reife. Das Recovery-Konzept enthält einen ähnlichen Gedanken: Auch mit einer seelischen Erkrankung bzw. mit fortbestehenden Krankheitssymptomen kann ein erfülltes und gelingendes Leben geführt werden, das in diesem Sinn zugleich ein „gesundes“ Leben ist. Der diätetische Gesundheitsbegriff, der von leibgebundenen Ordnungsmustern bzw. Bildungsbereichen ausgeht, die für alle Menschen (also für gesunde wie kranke) relevant sind, verbindet die Perspektiven der Primär- und der Tertiärprävention. Somit verweist er indirekt ebenfalls auf den Gedanken des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit.

Die Bezugstheorien des Gesundheitsförderparadigmas haben im Vergleich zu denen des therapeutischen Paradigmas den Vorteil, dass die Ressourcen und Potenziale seelisch kranker Menschen noch stärker in den Blick genommen werden können. Wenn der Kohärenzsinn, die zentrale salutogenetische Ressource, als leibliche und offene Struktur verstanden wird, dann können einerseits eigenwillige persönliche Ressourcen entdeckt und andererseits können die Widersprüchlichkeiten oder Ambivalenzen, die mit der Erfahrung der seelischen Erkrankung verbundenen sind, integriert werden.

Auf der Ebene der Praxeologie kann konstatiert werden, dass es Therapien bzw. Behandlungslehren gibt, die sich an das Paradigma der Gesundheitsförderung annähern. Anhand des psychotherapeutischen sowie des leib- und bewegungstherapeutischen Verfahrens habe ich aufgezeigt, dass diese die Potenziale – auch die in der Krankheitssymptomatik liegenden – und das Progressionsstreben der Klienten beachten und fördern, ohne dabei die Bedürftigkeit der Klienten zu negieren. Mit dem Empowerment verfügt die Gesundheitsförderung aus praxeologischer Sicht über einen Ansatz der Gesundheitsberatung, der aber bezüglich der Vorgehensweisen und der entsprechenden Haltungen der Professionellen noch ausdrücklicher ressourcenorientiert ist.

Als Fazit halte ich hier deshalb vorerst fest, dass sich es sich lohnt, mein Konzept dem Paradigma der Gesundheitsförderung zuzuordnen. Denn durch „empowernde“ Gesundheitsförderangebote können für Erwachsene mit einer seelischen Erkrankung die Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, dass sich der Gradient auf der persönlichen Achse krank-gesund ein Stück weiter in die Richtung des Positiv-Wertes verschiebt (vgl. auch Seewald 2006, 288).

Die in den Kontexten „Gesundheit“ und „Pädagogik“ mittlerweile öfter zitierte und diskutierte „Selbstsorge“ bietet nun einen für dieses Vorhaben geeigneten theoretischen Ansatzpunkt. Dies erörtere ich in Kapitel IV meiner Arbeit.

# IV Selbstsorge und Selbst: Bestandsaufnahmen und Überlegungen im Hinblick auf meine Konzeptentwicklung

## IV 1 Einleitung und Überblick

In Kapitel IV widme ich mich der theoretischen Entwicklung meines Gesundheitsförderkonzeptes konkreter. Ich untersuche einerseits, an welches theoretische Verständnis der Selbstsorge sich anschließen lässt und welcher Ergänzungen es hinsichtlich der Adressaten meines Konzepts bedarf. Andererseits frage ich nach Selbstbegriffen, die für meine Untersuchung, genauer: für die Konzipierung der Selbstsorge im Falle einer psychischen Erkrankung, geeignet sind.

Der Begriff der Selbstsorge, so kann vorangeschickt werden, ist im sozialpsychiatrischen Kontext nicht ganz ungebräuchlich. Meist bezeichnet er eine Art des positiven Sich-um-sich-selbst-Kümmerns und wird im präventiven Sinn verwendet, bspw. bei Krankheitsbildern wie der Depression. Häufig wird er auch mit sog. positiven Aktivitäten in Verbindung gebracht, d.h. mit Aktivitäten, die eine Person als erholsam und angenehm empfindet. Um in selbstsorgender Weise für angenehme Erlebnisse zu sorgen, werden Klienten u.a. dazu aufgefordert, Tages- oder Wochenpläne mit entsprechenden Aktivitäten zu erstellen.

Zudem wird die Frage der Selbstsorge – oder Selbstfürsorge, wie es auch heißt – in Bezug auf die professionellen „Helfer“ diskutiert, die in psychosozialen (z.B. sozialpsychiatrischen) Arbeitskontexten tätig sind. Ziel ist hier eine Burnout-Prophylaxe, bei der das Spannungsverhältnis zwischen der zu leistenden Fürsorge für andere und der persönlichen Selbstsorge eine Rolle spielt.

Der Selbstsorge-Begriff, den ich im Rahmen meiner Arbeit vor demjenigen der Selbstfürsorge bevorzuge, um Konnotationen zur „Fürsorge“ zu vermeiden, entstammt ursprünglich der Philosophie der Antike. In die heutige philosophische Debatte wurde er von Foucault wiedereingeführt und ist in hohem Maß an dessen Denkschule gebunden (vgl. Kipke 2008).<sup>133</sup> Die Selbstsorge bezeichnet in jenem Sinn eine aktive, tätige Seite der Sorge um sich und um das eigene Leben, und zwar in Verbindung zu den anderen bzw. zur

---

<sup>133</sup> In der gegenwärtigen Philosophie gibt es verschiedentlich Versuche zur Wiederbelebung der Selbstsorge. Hügli zufolge (vgl. 1999, 293) sind wir heute jedoch von der Entwicklung einer mit der Antike vergleichbaren Selbstsorge-Kultur weit entfernt.

Gemeinschaft. Selbstsorge und Gesundheit werden dabei in einem engen Zusammenhang gesehen: „Einer Tradition gemäß, die weit in die griechische Kultur zurückreicht, steht die Sorge um sich in enger Verbindung mit dem medizinischen Denken und Handeln“ (Foucault 1991, 75).

Wie die Selbstsorge begrifflich bestimmt werden muss, damit sie einen Ansatz darstellt, der für die Gesundheitsförderung von Menschen mit einer seelischen Erkrankung/Behinderung angemessen ist, versuche ich in Kapitel IV meiner Untersuchung herauszuarbeiten.

Dabei sieht der Gang der Arbeit wie folgt aus:

Ich beginne mit einer Bestandsaufnahme ausgewählter Konzepte der Selbstsorge, und zwar aus antiker sowie zeitgenössischer Perspektive (vgl. IV 2). Im Sinne einer Einführung gehe ich zuerst auf die antike Selbstsorge im Allgemeinen ein (vgl. IV 2.1.1) und danach auf Foucaults (z.B. 1982; 1984) Rezeption der antiken Selbstsorge (vgl. IV 2.1.2). Nach einer kritischen Bewertung des Foucaultschen Selbstsorge-Begriffs führe ich im Hinblick auf meine Untersuchung eine Ergänzung zu Foucault ein, indem ich Wolfstetters (1985) Interpretation der stoischen Oikeiosis-Lehre darlege (vgl. IV 2.1.3). Sie beschreibt, zusammengefasst, den Prozess der Selbstwerdung durch soziale Zugehörigkeit im Rahmen der kindlichen Entwicklung. In Kapitel IV 2.2 stelle ich ein aktuelles Konzept der Selbstfürsorge vor: Küchenhoff (1999b) benennt aus psychoanalytischer Sicht verschiedene entwicklungspsychologische Voraussetzungen bezüglich der Selbstsorge, die er beim Erwachsenen als ein komplexes Bündel an Fähigkeiten begreift. Das Verhältnis von Selbstsorge und Lebensführung ist Inhalt von Kapitel IV 2.3, wobei sich meine diesbezüglichen Überlegungen vorwiegend auf die von Schmid (z.B. 1998) im Kontext der Postmoderne entworfenen Lebenskunstphilosophie stützen. Auch Sorge und Selbstsorge können zueinander in ein Verhältnis gesetzt werden (IV 2.4): Bei dieser Aufgabe beziehe ich mich auf Heideggers (1977) Bestimmung, der zufolge die Sorge ein menschliches Existenzial ist. Die Ausführungen zur Selbstsorge schließe ich mit einem Resümee und einer vorläufigen Begriffsbestimmung ab (vgl. IV 2.5).

Im Hinblick auf mein Konzept der Selbstsorge erscheint mir auch eine Auseinandersetzung und Klärung in Bezug auf den Selbstbegriff notwendig. Kapitel IV 3 befasst sich deshalb mit dem für meine Untersuchung relevanten Verständnis des Selbst. Als Erstes führe ich in die Problemlagen ein, die mit dem Begriff verbunden sind (vgl. IV 3.1). Danach stelle ich ausgewählte Theorien und Modelle des Selbst vor (vgl. IV 3.2). Mit Bezugnahme auf Fuchs (z.B. 2012) erfolgen zunächst Ausführungen zum basalen (vgl. IV



3.2.1.1) und zum erweiterten Selbst (vgl. IV 3.2.1.2) aus entwicklungstheoretischer Sicht. Im Zusammenhang mit dem erweiterten Selbst gehe ich ergänzend auf den Begriff des Selbstkonzepts ein (vgl. IV 3.2.1.3). Daraufhin stelle ich, auf Damasio (z.B. 2009) Bezug nehmend, ein Selbst-Modell aus neurowissenschaftlicher Perspektive dar (IV 3.2.2), gemäß welchem der höhere Selbstsinn (z.B. die Persönlichkeit) in „tieferen“ Selbststrukturen (z.B. in der Stabilität des Körperinnern) verankert ist. In einem Rückgriff auf die Überlegungen zum leiblichen Selbst diskutiere ich sodann, welche Selbst-Leib-Verhältnisse bestehen (vgl. IV 3.2.3). In Kapitel IV 3.2.4 befasse ich mich eingehend mit dem Selbstbegriff, den Winnicott (1983; 2001) aus der Position der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie entwirft. Er weist einen Bezug zur Leiblichkeit auf, und vor allem die Konzepte des wahren und falschen Selbst schließen eine philosophische Perspektive mit ein, die im Hinblick auf die Gesundheit von Belang ist. In Kapitel IV 3.3 lege ich ein Fazit zum Selbst vor.

Einer wichtigen Frage gehe ich abschließend in Kapitel IV 4 nach: Inwieweit ist auch im Falle einer psychischen Krankheit, die mit Beeinträchtigungen des Selbst einhergehen kann, von Selbstsorge-Fähigkeiten auszugehen, die der persönlichen Gesundheit zuträglich sind?

## IV 2 Bestandsaufnahme zur Selbstsorge

### IV 2.1 Die Selbstsorge in der Antike

#### IV 2.1.1 Allgemeine Kennzeichen der Selbstsorge in der Antike

In der griechischen und römischen Antike, so habe ich bereits erwähnt, spielt die Frage der Selbstsorge – d.h., wie man richtig zu leben habe und sich um sich selbst zu kümmern habe – eine wichtige Rolle. Im Zentrum der Selbstsorge steht insbesondere die Sorge um die Seele, aber auch die um den Körper/Leib. Ein Gleichgewicht zwischen den seelischen und den körperlichen Kräften herzustellen, gilt dabei als grundlegendes Ziel (vgl. Hügli 1999, 275 f.). Geschehen soll dies durch Übungen des Verzichts, der Leitung eigener Gedanken, der Reflexion etc. So wird an den Einzelnen leidenschaftlich appelliert, sich von äußeren Einflüssen und vom Schicksal zu befreien, um eine Ausgeglichenheit in sich zu erreichen und um unabhängig von allen äußeren Bedingungen zu werden (vgl. Küchenhoff 1999b, 148 f.).

Hügli (1999, 278 f.; mit Bezugnahme auf Schmid 1995, Sp. 529 f.) stellt eine hilfreiche Systematisierung der antiken Selbstsorge vor, welche die folgenden Aspekte umfasst:

1. ein Moment der Selbstwahrnehmung bzw. der Selbstreflexion. Es besagt, dass man sich selbst bis in die kleinsten Dinge des Alltags Aufmerksamkeit zu schenken hat,

wobei dies häufig mit Hilfe der anderen, durch den Blick von außen auf das Selbst erfolgt;

2. ein Moment der Selbstveränderung oder Selbsterzeugung, indem das Selbst nicht einfach als gegeben, sondern als ein Herzustellendes gilt;
3. einen therapeutischen Aspekt, der darauf zielt, die wunde oder verletzte Seele zu heilen und zu pflegen;
4. einen prospektiven Aspekt, im Rahmen dessen die Sorge sich auf Künftiges richtet, d.h. darauf, rechtzeitig Vorsorge bzw. Prävention zu treffen;
5. schließlich einen pädagogischen sowie politischen Aspekt, gemäß dem unsere Sorge nicht nur uns selbst, sondern auch den anderen dienen soll: Gemeint ist eine Anleitung zur Selbstsorge, denn die Fähigkeit zur Selbstsorge gilt auch als Voraussetzung für das Regieren anderer bzw. einer Polis.

Während Griechen und Römer davon ausgegangen sind, „[...] daß man sich in seinem eigenen Leben um sich selbst kümmert und daß der gute Ruf, den man hinterläßt, das einzig Jenseitige ist, worum man sich kümmern muss [...]“ (Foucault 1984, 17), gerät die Selbstsorge in der christlich-abendländischen Kultur unter Egoismus-Verdacht. Foucault (ebd., 12) spricht von einem Paradox der Selbstsorge im Christentum: Zwar sei die Heilssuche auch eine Art, sich um sich selbst zu kümmern, jedoch komme man zum Heil nur durch den Verzicht auf sich selbst. Indem das nach dem Leben kommende Heil in den Fokus gerückt wird, bringt das Christentum Foucault zufolge die Selbstsorge-Thematik aus der Balance (ebd.).

#### **IV 2.1.2 Michel Foucaults Rekonstruktion und Aktualisierung der antiken Selbstsorge („epimelaia heautou“/„cura sui“)**

Als Vertreter der Postmoderne und des Strukturalismus thematisiert der französische Philosoph und Historiker Michel Foucault schwerpunktmäßig das Ende der Einheitlichkeit des Subjekts, das er als Ensemble von Strukturen auffasst (vgl. Stenger 2002, 185 f.). Durch die Rekonstruktionen der ethischen Praxis in der Antike gewinnt er jedoch eine andere Perspektive. In seinem Spätwerk nimmt er die Bedingungen und Chancen der Selbstbestimmung des Subjekts in den Blick, bei der die beiden Topoi „Selbstsorge“ und „Parrhesia“ eine zentrale Rolle spielen (vgl. Steinkamp 1998, 371). Es geht ihm um eine Aktualisierung der hellenistischen Idee und Praxis der Selbstsorge („epimeleia heautou“,

„cura sui“ oder „souci de soi“), die als eine Praxis der Freiheit des menschlichen Subjekts im Zentrum der antiken Ethik steht (vgl. ebd., 372).<sup>134</sup>

Die Kernaussagen der von Foucault dargelegten Selbstsorge (vgl. IV 2.1.2.1) und deren Relevanz für meine Untersuchung (vgl. IV 2.1.2.2) erörtere ich in den nächsten Abschnitten.

#### *IV 2.1.2.1 Merkmale der Selbstsorge nach Foucault*

Die antike Selbstsorge, die Foucault gleichsam wiederentdeckt, steht im Rahmen einer Philosophie der Lebenskunst. Es ist eine lange Entwicklung der Lebenskunst im Zeichen der Sorge um sich zu verzeichnen, und die „epimeleia heautou“ ist ein Gebot zahlreicher philosophischer Lehren (Foucault 1991, 62). Laut Foucault (ebd.) gelten aber vor allem die ersten beiden Jahrhunderte der Kaiserzeit als eine Art Goldenes Zeitalter in der Kultur seiner selbst.<sup>135</sup>

Mit der Selbstsorge ist eine Ethik der Freiheit verbunden. Vor allem bei den Griechen, aber auch bei den Römern gilt es für das Wohlverhalten und für den rechten Gebrauch der Freiheit als notwendig, „[...] sich mit sich selbst zu beschäftigen, sich um sich selbst zu kümmern, um sich zugleich zu erkennen [...]“ (Foucault 1984, 12). Die Selbstsorge ist in der griechisch-römischen Welt m.a.W. die Art und Weise, in der die individuelle – oder bis zu einem gewissen Punkt: die bürgerliche – Freiheit sich als Ethik reflektiert (ebd.). Die Arbeit des Selbst an sich selbst im Sinne einer Freiheitspraxis versteht Foucault somit nicht als einen „Befreiungsprozess“, sondern als eine „Autoformation“ des Subjekts bzw. als eine „Praxis der Selbstbildung“ oder eine „asketische Praxis“ (Askese verstanden als Einfluss des Selbst auf sich selbst) (ebd., 10). Hinsichtlich des Verhältnisses von Subjekt und Macht bedeutet dies außerdem, dass durch die Selbstsorge, indem auf sich und die eigene Lebensgestaltung Einfluss genommen wird, die Regierung seiner selbst nicht den anderen überlassen wird (vgl. Keupp 2000, 18).<sup>136</sup>

Für die „epimeleia heautou“ ist es des Weiteren kennzeichnend, dass die Selbsterkenntnis, d.h. das „Erkenne-dich-Selbst“ im Sinne des delphischen Orakels, und das „Kümmere-dich-um-dich-Selbst“ zusammenkommen (Foucault 1982, 32; vgl. auch Gröning 2006, 31). Die Selbsterkenntnis stellt daher nur einen Teilaspekt oder eine Akzentuierung der Selbstsorge

---

<sup>134</sup> Auf den Begriff der Parrhesia – er entstammt einem anderen Praxiskontext und meint wörtlich übersetzt: Offenheit, Freimütigkeit bzw. freimütiges Sprechen (vgl. Horn 2010, 42) – und auf die parrhesiastischen Techniken, die auf die Reziprozität der Beziehung zwischen zwei freien, sich füreinander öffnenden Subjekten zielen (vgl. Foucault 1982, 57 ff.), gehe ich im Rahmen meiner Arbeit nicht weiter ein.

<sup>135</sup> Foucault greift auf zwei Zeiträume innerhalb der Antike zurück: Einerseits bezieht er sich auf die klassische griechische Antike (auf den platonischen Dialog „Alkibiades“ und auf die Schriften Epikurs), andererseits auf die beiden ersten Jahrhunderte nach Christus (z.B. auf Seneca, Epiktet, Marc Aurel u.a.) (Rissing 2004, o.S.).

<sup>136</sup> Somit wird das Subjekt für Foucault nicht gegen die Macht gebildet, sondern in ihr (vgl. Keupp 2000, 18).

dar. Genauso geht es um eine Lebenspraxis, die auf Formen der Selbstbehandlung bezogen ist, mit denen man sich selbst verpflichtet, reinigt, transformiert und modifiziert (Becker 1985, 30). Den Kern der Selbstsorge als Lebenspraxis bildet das, was Foucault gesamthaft als „Praktiken der Subjektivität“ bezeichnet, nämlich die tägliche Bereitschaft zu Selbstreflexion, zu Verzicht und zu Blickveränderung (ebd.). In ihren Facetten beinhaltet diese Praxis u.a. die Sorge um die eigene Gesundheit (Diätetik), die Sorge um die Seele (bspw. in der Bemeisterung von Begierden), Techniken der Meditation, der Verifikation und der Gewissensprüfung sowie auch Techniken der Beziehungsgestaltung zu den Mitmenschen, und zwar sowohl in familiärer, erotischer wie auch politischer Hinsicht (vgl. Foucault 1982, 32 ff.).<sup>137</sup>

Letztlich meinen die selbstsorgenden Praktiken eine Umformung des Selbst, denn in ihnen wird der spirituelle Gedanke wirksam, dass der Mensch nicht per se zur Wahrheitserkenntnis fähig ist (Becker 1985, 30). „Das Subjekt muß sich in etwas anderes als es selbst transformieren, um Zugang zur Wahrheit zu bekommen. Das Sein des Subjekts ist mit im Spiel: Wahrheit gibt es nur um den Preis einer Konversion des Subjekts“ (Foucault 1982, 34). Das Ziel aller Selbstpraktiken ist Foucault zufolge die Arbeit an der Schönheit des eigenen Lebens bzw. die „Ästhetik der Existenz“ (vgl. Schmid 2000, 33).<sup>138</sup>

Ein ganz zentraler Aspekt der Selbstsorge bezieht sich schließlich auf die Verbundenheit mit den anderen: „Zwischen dem Sich-mit-sich-Befassen und dem Sich-mit-anderen-Befassen besteht ein Finalitätsband“ (Foucault 1982, 43). Die Selbstsorge impliziert komplexe Beziehungen zu den anderen, nämlich, sich um sie zu kümmern und einen Bezug zu ihnen zu haben, und zugleich befähigt sie dazu, in der Polis, in der Gemeinschaft oder in den Beziehungen zwischen den Einzelnen den passenden Platz einzunehmen (Foucault 1984, 14). Um sich richtig um sich selbst zu kümmern, muss man außerdem die Lektionen eines Meisters aufnehmen, d.h. man benötigt einen Führer, einen Ratgeber oder einen Freund, der einem die Wahrheit sagt (ebd., 15). Auch der Philosoph fungiert als ein solcher Anderer. Dabei ist er weder Erzieher noch Gedächtnismeister, sondern „[...] der Führer für alle Menschen in den Angelegenheiten, die ihrer Natur entsprechen“ (Foucault 1982, 42).

<sup>137</sup> Allerdings, so möchte ich hier erwähnen, war die Selbstsorge lediglich eine Lebenspraxis der gesellschaftlichen Eliten, d.h. der „Freien“ (Steinkamp 1998, 372).

<sup>138</sup> Die von Foucault betonte „[...] Kunst der Existenz [...]“ (Foucault 1991, 60) bzw. die Ästhetisierung der eigenen Existenz wird u.a. dahingehend kritisiert, dass einem das Leben nicht als ein gestaltbares Objekt gegenübertritt, sondern dass man es lebt (vgl. auch Kersting 2007, 31).

Insgesamt gilt der Andere in der Praxis des Selbst und als Helfer der Subjektwerdung also als unerlässlich (ebd., 40).

#### *IV 2.1.2.2 Untersuchungsrelevanz von Foucaults Selbstsorge-Rezeption*

Gemäß Foucaults Rezeption ist die Selbstsorge charakterisiert durch „[...] die Intensität der Selbstbeziehungen, das heißt der Formen, in denen man sich selbst zum Erkenntnisgegenstand und Handlungsbereich nehmen soll, um sich umzubilden, zu verbessern, zu läutern, sein Heil zu schaffen“ (Foucault 1991, 59). So wird ein Bild des Selbst gezeichnet, das sich stets aufs Neue hervorbringen muss: Es ist nicht einfach vorhanden, sondern hat sich erst zu gewinnen (vgl. Stenger 2002, 188). Überdies meint jene „Kultur seiner selbst“ weder eine individualistische noch eine apolitische Existenz, denn dem/den anderen kommt in der Selbstsorge eine bedeutsame Rolle und Aufgabe zu.

Was meine eigene Untersuchung angeht, kann in verschiedener Hinsicht an Foucault angeknüpft werden, bspw. an die selbstreflexiven Umgestaltungs- oder Umformungsfähigkeiten des Selbst. Allerdings entwirft Foucault ein einseitiges Bild, wenn er die Selbstsorge u.a. mit dem „[...] Prinzip jedes vernünftigen Verhaltens in jeder Form aktiven Lebens [...]“ gleichsetzt (Foucault 1982, 32). Auch spricht er von einer „Bemeisterung“ seiner selbst bzw. einem „Herrschaftsverhältnis“, das man zu sich selbst herzustellen habe (vgl. Foucault 1984, 14). Die hierdurch deutlich werdende Auffassung eines eher rationalen, aktiv handelnden Subjekts bedarf m.E. einer ergänzenden Perspektive, wie ich sie unten anhand von Wolfstetters Interpretation der Oikeiosis-Theorie herausarbeite (vgl. IV 2.1.3).

Die Bedeutung des Philosophen als „Meister“ oder als „Helfer der Subjektwerdung“ wird verschiedentlich im Zusammenhang mit Theorien zur pädagogischen Beratung diskutiert (vgl. z.B. Gröning 2006; Steinkamp 1998).

Einen entsprechenden Impuls greife ich im Hinblick auf mein eigenes Konzept auf: Laut Steinkamp (ebd.) bedeutet jene Rolle oder Funktion des Philosophen in der Übertragung auf heutige Formen der qualifizierten Beratung (z.B. in den Bereichen „Therapie“ oder „Supervision“), dass von den professionellen Beratern nicht nur berufliche Qualifikationen, sondern auch ein höheres Maß an Subjekt-Kompetenz gefordert ist (ebd., 374). Den Kern ihrer Beratungsaufgaben bildet Steinkamp zufolge die Begleitung von sog. „personal growth-Prozessen“ (ebd., 377).

Diese Überlegungen stellen einen interessanten Anknüpfungspunkt für mein Gesundheitsförderkonzept dar, was die von den Professionellen verlangte Haltung und Vorgehensweise betrifft.

#### **IV 2.1.3 Erweiterung der Selbstsorge: Lothar Wolfstetters Interpretation der stoischen Oikeiosis-Lehre**

Wolfstetter (1985) nimmt anhand einer Auslegung von Zenons Oikeiosis-Lehre eine interessante Erweiterung der von Foucault beschriebenen Selbstsorge vor. Wie oben ausgeführt, zielt die antike Selbstsorge auf die Anleitung „mündiger“ Erwachsener, um das eigene Leben und das Leben in der Gemeinschaft bewusst und verantwortungsvoll zu gestalten. Anhand von Zenons Begriff der Oikeiosis – er kann hier als Hinwendung zum Eigenen bzw. als Aneignung des Zugehörigen (Winter o.J., 5 f.) aufgefasst werden<sup>139</sup> – wird von Wolfstetter der Prozess der Subjektwerdung und Selbstzuwendung im Rahmen der frühen Eltern-Kind-Interaktionen nachvollzogen, den er als Basis der Selbstsorge voraussetzt (vgl. ebd., 65 ff.).

Der Oikeiosis-Begriff, der das Fundament der stoischen Ethik bildet, ist mit dem Grundmotiv verbunden, „[...] die ethischen Normen aus einem Urtrieb der Menschennatur abzuleiten, nämlich aus der sinnlichen Selbstwahrnehmung entspringenden Hinwendung zum eigenen Ich. In dieser Selbstwahrnehmung, die sich zur Selbstbeziehung entfaltet, empfinden wir das Ich als ‚uns zugehörig‘. Von hier aus dehnt sich die Oikeiosis dann aus auf die Angehörigen, die politische Gemeinschaft und schließlich auf die gesamte Menschheit [...]. Oikeiosis ist also Zueignung“ (Hirschberger 1980, 261).<sup>140</sup>

Wolfstetter (1985, 66) versteht nun die wesentlichen Stadien, die Zenon mit der Oikeiosis verbindet, als eine Aufeinanderfolge in der Entwicklung der kindlichen Identität, nämlich einer Entwicklungskette von: Zuneigung – Zuwendung – Zueignung – Zugehörigkeit. Er beschreibt sie wie folgt: „Der Inhalt der Oikeiosis ist die von den Eltern durch Zuneigung auf das Kind übertragene Form des intensiven Lebensimpulses, die dieses in Form von

---

<sup>139</sup> Auf Lateinisch wird „Oikeiosis“ (z.B. bei Cicero und Seneca) meist mit „conciliatio“ (Vereinigung, Verbindung oder Gewinnung) übersetzt, auf Deutsch mit „Zueignung“ oder „Eigenwerdung“ (Gerhardt 1989, 187).

<sup>140</sup> Diese sog. naturalistische Linie des Moralverständnisses bezieht sich auf den Gedanken der Selbsterhaltung und Selbstbehauptung (Gerhardt 1989, 187). Die Selbsterhaltung, so die entsprechende Sichtweise, bestimmt das menschliche Handeln ursprünglich und stellt den obersten Zweck dar. Durch seinen Trieb ist der Mensch daher „[...] nicht auf Lustgewinn, sondern [...] auf die Wahrung der Entfaltung des eigenen Seins ausgerichtet“ (Kimmich 1993, 33.). Seine aus der sinnlichen Selbstwahrnehmung resultierende Selbstliebe und seine Tendenz der Selbsterhaltung äußern sich m.a.W. darin, dass er sich das zueignet, was seinem Leben förderlich ist, und umgekehrt abwehrt, was seinem naturgegebenen Leben hinderlich oder gefährlich ist (Gerhardt 1989, 188).

Zuwendung an die Eltern zurückgibt und zugleich in sich spiegelt, um sodann diesen gesteigerten Impuls in die Form von Zueignung der parentalen Fähigkeiten und Eigenschaften umzusetzen und dieses zusammengekommen mit den angeborenen Anlagen in sich als Ausgangspunkt zu nehmen, um sich in allgemeiner Form eigenschöpferische Fähigkeiten und Eigenschaften zuzueignen, ein autonomes Selbstwertgefühl, eine Selbstzugehörigkeit auszubilden und so die in sich zentrierte allgemeine Form der Menschwerdung heranzubilden“ (ebd.).

Die Interpretation der Oikeiosis-Theorie als Entwicklungstheorie besagt im Wesentlichen zunächst, dass die Selbstzuwendung nur durch die Zuneigung der anderen (z.B. der elterlichen Bezugspersonen) erfolgen kann, indem ein intensiver Lebensimpuls auf das Kind übertragen wird. Dies verweist auf die Schlüsselrolle der Anerkennung. Anerkennung wird ursprünglich durch ein besonderes Interaktionsverhalten, durch Spiegelung, ausgedrückt, denn durch die Spiegelung erfährt das Kind sich zunehmend als eigenes Wesen und eignet sich die Eigenschaften der primären Bezugspersonen über Identifikation zu (vgl. Gröning 2006, 33). Die parentalen Fähigkeiten, die sich mit den eigenen (angeborenen) Dispositionen verbinden, können nur auf jener emotionalen Basis allmählich zugeeignet werden. Die Zugehörigkeit bezeichnet einerseits schließlich die Zugehörigkeit zu sich selbst (das In-sich-selbst-häuslich-Werden und die Herausbildung des Selbstwertgefühls), andererseits dann auch eine Weltzugehörigkeit, wobei das eine vom anderen nicht zu trennen ist (Wolfstetter 1985, 66).

Was lässt sich aus den oben erfolgten Ausführungen für mein Selbstsorge-Konzept ableiten?

Im Vergleich zu der „mündigen“ oder autonomen Form der Selbstsorge betont Wolfstetter deren leiblich-emotionale Basis (vgl. Gröning 2006, 33). Die Letztere bezieht sich z.B. auf die für die Gesundheit relevante Vitalität oder Lebendigkeit des Menschen. Für mein Konzept erscheint es mir sinnvoll, beide Formen der Selbstsorge zu verbinden. Denn es bedarf der Basis des Sich-in-sich-selbst-zuhause-Fühlens bzw. der „Einhausung im Lebensraum“ (Fuchs 2000a, 391), um zu einer eigenständigen, souveränen Selbstsorge in der Lage zu sein.

#### IV 2.2 Ein aktuelles Konzept: Selbstfürsorge aus psychoanalytischer Sicht (Joachim Küchenhoff)

Für Fähigkeit des Erwachsenen, gut mit sich umgehen, d.h. gut für sich sorgen zu können, sind laut Küchenhoff (1999b) die frühen Beziehungserfahrungen sowie

entwicklungspsychologische und triebdynamische Aspekte bedeutsam. Das aktuelle Konzept der „Selbstfürsorge“, das Küchenhoff aus psychoanalytischer Perspektive entwirft, werde ich in seinen wesentlichsten Zügen darlegen.

Der Begriff der Selbstfürsorge wird zunächst von anderen Begriffen abgrenzt (vgl. im Folgenden: ebd., 150 f.): u.a. vom Selbstmitleid, von der Selbstversorgung – i.S.v. Autarkie vernachlässigt der Begriff Küchenhoff zufolge die in der Psychoanalyse als wichtig erachtete Fähigkeit zur Abhängigkeit –, von der Selbstbezogenheit (d.h. allzu großer Selbstbespiegelung), von der Selbstverliebtheit (i.S.v. Narzissmus) oder vom Selbstschutz bzw. von der Selbstverteidigung, die beide das Abhalten äußerer Gefahren und somit eine negative Facette der Selbstfürsorge bezeichneten.

Anhand des triebdualistischen Konzepts von Freud arbeitet Küchenhoff dynamische Aspekte der Selbstfürsorge heraus: Er nimmt dabei die Notwendigkeit eines Ausgleichs zwischen Liebe und Destruktion in den Blick und fordert in diesem Kontext ausdrücklich – im Sinne Freuds – die Destruktivität des Menschen, seine zerstörerischen Impulse und Wünsche, ernst zu nehmen (ebd., 152). In Bezug auf die Selbstfürsorge gilt die Integration gegensätzlicher Strebungen für Küchenhoff deshalb als grundlegend, da nur auf diese Weise „[...] das Selbst als ganzes wahrgenommen wird, mit den guten und den schlechten Seiten“ (ebd.). Ohne den entsprechenden Affektausgleich kann bspw. Selbstkritik, die nicht von Selbstachtung aufgefangen wird, bodenlos werden (ebd.).

Überdies spielt die Beziehungserfahrung eine wichtige Rolle, was die Selbstfürsorge angeht. Selbstfürsorge ist dann am sichersten möglich, „[...] wenn es in der frühen Entwicklung einen Menschen oder Menschen gab, die das noch nicht entwickelte, erst *„auftauchende“* Selbst des Kindes geschützt und umsorgt haben. Selbstfürsorge ist also gebunden an die vorgängige Erfahrung des Gehalten-werdens [...]“ (ebd., 153 f.; Hervorhebung im Original). Den Bezugspersonen kommt eine sog. Containing-Funktion zu, wobei das Kind diese Zuwendung anfangs noch nicht personal, sondern als eine wenig abgegrenzte, atmosphärisch sehr bedeutsame Umwelt erlebt (z.B. als Wärme und Kälte oder als Präsenz und Absenz) (ebd., 154). Die Selbstfürsorge-Fähigkeiten bilden sich demnach in entscheidender Weise durch die Verinnerlichung sorgender Beziehungserfahrungen während der ersten Entwicklungsjahre heraus (ebd.). In objektpsychologischer Terminologie ausgedrückt, ist das „gute innere Objekt“ eine Voraussetzung für die Sorge um sich selbst (ebd., 155). Dadurch, dass die positiven Erfahrungen im Laufe der Entwicklung zunehmend in die Persönlichkeitsstruktur übernommen werden, kann das gute innere Objekt zu einem



basalen Lebensgefühl werden (z.B. zur Fähigkeit, Humor zu haben, gelassen zu sein usw.) (ebd., 155). Dieser Prozess wird als „umwandelnde Verinnerlichung“ bezeichnet (ebd.).

Die Zuversicht sich selbst und anderen gegenüber ist gemäß Küchenhoff essenziell für die Fähigkeit zur Selbstfürsorge. Aber auch in der weiteren Entwicklung werden wichtige Grundlagen für die Selbstfürsorge geschaffen: Jede Stufe der psychischen Entwicklung bringt spezifische Anforderungen an die Fähigkeit zur Selbstfürsorge mit sich (ebd., 155 f.). So bestehen aus entwicklungspsychologischer Perspektive komplexe Zusammenhänge zwischen den Selbstfürsorge-Fähigkeiten Erwachsener und den Entwicklungsaufgaben, die in den verschiedenen Phasen bewältigt werden müssen.

Exemplarisch nenne ich einige Entwicklungsthemen und deren Implikationen hinsichtlich der Erwachsenen-Selbstfürsorge (vgl. im Folgenden: ebd., 156 f.):

Das Entwicklungsthema der „Nähe und Distanz“ bedeutet in Bezug auf die Selbstfürsorge u.a., immer wieder einen richtigen oder passenden Abstand zu anderen finden zu können. Neben der Frage des Sich-abgrenzen-Könnens geht es um eine Balance, bei der die Abhängigkeit von den anderen nicht zu groß werden darf und man zugleich aber auch in die Beziehungen zu ihnen integriert bleiben muss. Das Thema der „Autonomie“ meint die persönliche Durchsetzungsfähigkeit, um bspw. die eigenen Interessen zu behaupten. Zugleich sollte aber, wie oben angedeutet, auch die Fähigkeit bestehen, Bindungen zu akzeptieren und sich, wenn nötig, in Abhängigkeit von anderen zu begeben. Die durch die „umwandelnde Verinnerlichung“ erfolgte „Gewissensbildung“<sup>141</sup> impliziert, dass Selbstfürsorge nur dann möglich ist, wenn die Selbstbeurteilung nicht allzu streng ausfällt, d.h. nicht zur Selbstverurteilung wird. Die „Erfahrung des Anderen“ auf der ödipalen Entwicklungsstufe bedeutet, dass die Selbstfürsorge keinen Gegensatz zur Sorge um die Andere darstellt. Das eigene Wohl und das der Anderen sind dergestalt zu verschränken, dass nicht nur die eigenen, sondern auch die fremden Wünsche, Interessen usw. reflektiert und in die eigenen Planungen einbezogen werden.

Küchenhoffs Ausführungen verdeutlichen, dass die Voraussetzungen, um für sich selbst sorgen zu können, sehr komplex und das Ergebnis einer Vielzahl von Entwicklungseinflüssen sind. Entsprechend wird die Selbstfürsorge nicht als eine bestimmte Eigenschaft oder eine einzelne, abgrenzbare Fähigkeit definiert, sondern als „[...] eine *komplexe Fähigkeit*, eine *Haltung*, die eine bestimmte Form des gutwilligen, sorgenden Umgangs mit sich selbst umschreibt“ (ebd., 161; Hervorhebungen im Original). Zudem

---

<sup>141</sup> Gemeint sind einerseits das Überich als Instanz der Selbstbeurteilung und andererseits die Ichidealbildung, d.h. die Ideale, die man von sich selbst entworfen hat.

muss man sein Leben lang um sie ringen, denn es handelt sich um keine stabile Eigenschaft. Sowohl in der Entwicklung als auch im Erwachsenenleben sind die Beziehungserfahrungen und die Beziehungsmöglichkeiten von essenzieller Bedeutung für die Selbstfürsorge (ebd., 162).

Schließlich äußert sich die Selbstfürsorge u.U. auch in Verhaltensweisen, denen man es nicht anmerkt, dass sie fürsorglich gemeint sind: Ein offensichtlich selbstzerstörerisches Verhalten kann somit fürsorgliche Qualitäten haben, d.h. die Selbstzerstörung kann im Dienste der Selbstfürsorge eingesetzt werden (ebd., 161).

Küchenhoffs Überlegungen zur Selbstfürsorge sind für mein Selbstsorge-Konzept in vielfacher Hinsicht relevant. Gerade der als Letztes genannte Aspekt ist von Interesse, da Menschen mit einer seelischen Erkrankung Handlungsweisen zeigen können, deren selbstsorgende Qualität nicht unmittelbar erkennbar ist. Ich denke dabei nicht nur an ein selbstzerstörerisches Verhalten, sondern u.a. auch an eine überbetonte Selbstbezogenheit oder einen übermäßigen Selbstschutz, die mit ihrer Selbstsorge zusammenhängen können.

Außerdem ist Küchenhoffs Definition der Selbstfürsorge bzw. der Selbstsorge als „Haltung“ für eine leibliche Perspektive anschlussfähig.<sup>142</sup>

#### IV 2.3 Selbstsorge und Lebensführung

Dass und wie die Sorge um sich mit der Führung des eigenen Lebens zusammenhängt, erkläre ich in den nachfolgenden Teilen meiner Arbeit. Vor allem im Hinblick auf die Adressaten meines Selbstsorge-Konzepts schicke ich an dieser Stelle voran, dass ich den anthropologisch bzw. philosophisch orientierten Begriff der Lebensführung gegenüber demjenigen der Lebensqualität präferiere. Ich beziehe mich dabei auch auf Gadamer (1993, 134), der das menschliche Urthema, dass man sein Leben zu führen habe, in Abhebung vom gängigen modernen Begriff der „Lebensqualität“ benennt.<sup>143</sup>

Im Zusammenhang mit Foucaults Ausführungen ist bereits angeklungen, dass die Selbstsorge der Antike in den Rahmen einer Lebenskunstphilosophie eingebettet war. Die

---

<sup>142</sup> Fuchs entwirft einen in dieser Hinsicht geeigneten Begriff der leiblichen Haltung (vgl. im Folgenden: Fuchs 2006, o.S.). Leibliche Haltungen stellen laut Fuchs Verhaltensschemata oder -dispositionen dar, die (unbewusst) am Stil und Ausdruck jeder unserer Handlungen beteiligt sind. Werden sie habituell eingenommen, bilden sie Grundhaltungen, d.h. leibliche Dispositionen bzw. leibliche Strukturen, die sich als Prozessformen in gegenwärtigen Situationen immer wieder neu aktualisieren. Aktiviert werden sie jedoch nur in der Begegnung mit anderen.

<sup>143</sup> Der Lebensqualität-Begriff wurde ursprünglich im Kontext der Sozialwissenschaften, später auch der Medizin entwickelt. Es gibt eine Vielzahl von Begriffsbestimmungen nebeneinander wie etwa: Wohlbefinden und Zufriedenheit als häufigste Definitionen, aber auch Handlungs- und Funktionsfähigkeit im Sinne eines subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands oder Zielerreichung und Bedürfnisbefriedigung (vgl. Frank 2010, 47 ff.).

antike „ars vivendi“ befasste sich nicht nur mit Fragen zur Umformung der Persönlichkeit, d.h. der Entwicklung wünschenswerter Eigenschaften und der Gewinnung einer angemessenen Lebenshaltung, sondern sie bot ebenso eine Reihe von Theorien zur gelingenden und angemessenen Lebensführung (vgl. Horn 2010, 9 f.).<sup>144</sup> Das Verhältnis zwischen Selbstsorge und gelingender Lebensführung ist im Rahmen der Lebenskunstphilosophien dabei unterschiedlich bestimmt worden.<sup>145</sup>

Obwohl der Begriff der Lebenskunst an sich, aber insbesondere das Übertragen antiker Ansätze in die heutige Zeit auch kritisch betrachtet werden,<sup>146</sup> möchte ich mit Wilhelm Schmid auf eine moderne philosophische Konzipierung der Lebenskunst Bezug nehmen. Sie beschreibt das Verhältnis zwischen Selbstsorge und gelingender Lebensführung u.a. aus einer Perspektive der Alltäglichkeit.

In Kapitel IV 2.3.1 erläutere ich zuerst Aspekte der Lebenskunstphilosophie Schmid, die Anregungen für ein Verständnis der Lebensführung bieten. Im Anschluss daran überlege ich, was dies im Hinblick auf meine Untersuchung bedeutet (vgl. IV 2.3.2).

#### **IV 2.3.1 Aspekte der Lebensführung anhand der Lebenskunstphilosophie Wilhelm Schmid**

Schmid (vgl. 1998; 2005) bezieht sich auf antike sowie moderne lebenskunstphilosophische Elemente und entwirft eine Philosophie der Lebenskunst für den postmodernen Kontext.<sup>147</sup> Sie kann als das „[...] lebertechnische Pendant zur Soziologie der Individualisierung und reflektierten Moderne“ (Kersting 2007, 47) betrachtet werden. Herausgestellt werden von Schmid insbesondere die Autonomie und die Selbstwahl des Subjekts der Lebenskunst sowie seine Situation des Auf-sich-selbst-Verwiesenseins (vgl. ebd., 51).<sup>148</sup> Was das gut geführte Leben ist und wie das Leben als ein erfülltes und bewusstes Leben gelingt, sind die zentralen Fragen, die Schmid durch seine Philosophie der Lebenskunst zu beantworten

---

<sup>144</sup> Die Charakterisierung der antiken Philosophie als einer Lebenskunst trifft laut Horn primär auf Sokrates und die hellenistischen Philosophenschulen (d.h. die Kyniker, Kyrenaiker, Stoiker, Epikureer und Skeptiker) zu, wohingegen sich in Bezug auf die Vorsokratiker keine Belege für ein philosophisches Lebenskunstmodell finden lassen (vgl. Horn 2010, 19 und 22).

<sup>145</sup> Im geläufigen Sinn will die Lebenskunst der Selbstsorge „dienen“, indem z.B. eine philosophische Aufklärung der Existenzgrundlagen oder Ermutigungen zur Selbstverantwortung dargelegt werden (vgl. Kersting 2007, 88).

<sup>146</sup> Vgl. zur Kritik am Begriff der Lebenskunst im Allgemeinen: z.B. Kersting (2007), Henrich (2007); zur Frage der Übertragbarkeit antiker Lebenskunst in die heutige Zeit: z.B. Horn (2007).

<sup>147</sup> Bezüglich der antiken Lebenskunstphilosophie wären u.a. das sokratische und das platonische Element in Verbindung mit der Sorge um sich zu nennen oder das aristotelische Element der Wahl, die auf Klugheit beruht (vgl. Schmid 1998, 51 f.). Die essayistische und skeptische Philosophie de Montaignes kann als Beispiel für ein modernes Element angeführt werden (vgl. ebd., 53 f.).

<sup>148</sup> Hinsichtlich der wechselnden Verwendung der Begriffe „Subjekt“ und „Selbst“ orientiere ich mich an Schmid.

sucht. Die gute und reflektierte Lebensführung gilt als ein lebenslanger Lernprozess, der Themen wie z.B. eine ökologische Lebensführung,<sup>149</sup> den Umgang mit Gewohnheiten, mit Lüsten, mit Schmerzen, mit dem Tod, mit der Zeit oder die Frage der Gelassenheit umfasst (vgl. Schmid 2005, 8 f.). Obwohl es Schmid gewissermaßen um eine Reflexion des Lebens, wie es bewusst gelebt werden könnte, und somit um eine Anleitung zur Reflektiertheit geht, erfolgen im Zusammenhang mit der Lebenskunst keine Präskriptionen oder inhaltlichen Festlegungen (Schmid 1998, 10 f.). Hierdurch obliegt die Realisierung des „richtigen“ Lebens stets der Wahl des Individuums, das nur seiner eigenen Einsicht folgen kann (ebd., 55).

Wie oben angedeutet, geht Schmid von der Autonomie des Subjekts und seiner Suche nach persönlichem Sinn aus. Da das Subjekt in der Postmoderne auf sich selbst zurückgeworfen ist und seine Selbstverständlichkeit verloren hat, stellt sich im Kontext der Lebensführung zunächst die Frage: „Wer bin ich?“ (ebd., 91). Das Schmidische Subjekt der Lebenskunst ist weder nach den – modernen – Maßstäben der Identität noch nach einer – postmodernen – Überzeugung der Selbst-Auslösung verfasst (ebd.). Sein Selbstverständnis ist stattdessen auf das Wählen, auf die Selbstgestaltung und die Selbstorganisation bezogen, die als eine Sache der Selbstsorge gelten (ebd.). Diese Arbeit ist aber keine „[...] rein individuelle Angelegenheit, denn sie braucht, um sich entfalten zu können, Andere und die Gesellschaft; sie braucht Verhältnisse, für die ein Individuum nicht alleine sorgen kann“ (ebd., 11).

Im Kontext der Lebenskunst ergeben sich Schmid zufolge weitere wichtige „Grundfragen“: Wie kann ich mein Leben führen? Welche Wahl habe ich? Wie verstehe ich mein Leben? Was ist konkret zu tun? (vgl. ebd., 88 ff.). Was sie implizieren, werde ich im Folgenden in groben Zügen erläutern.

Bezüglich der Frage, wie das eigene Leben geführt werden kann, ist laut Schmid die Freiheit zur individuellen Lebensführung zentral (ebd., 89). Durch die Aneignung des Lebens soll in einem ersten Schritt aus einem abstrakt erscheinenden Leben ein eigenes Leben werden (ebd.). Aufgrund der postmodernen Bedingungen ist hierbei die Ausarbeitung einer Praxis der Freiheit bzw. die Arbeit an den Formen der Freiheit vonnöten. Das Subjekt ist aufgefordert, sein Leben selbst zu führen, es muss „[...] einen Lebensstil ins Werk setzen

---

<sup>149</sup> Schmid (1998, 13) erachtet eine ökologische Ausrichtung der Lebenskunstphilosophie im 21. Jahrhundert als unabdingbar. Gemeint sind nicht nur Umweltfragen. Es besteht in dieser Hinsicht bspw. auch die Forderung, sich von allzu begrenzten Zeithorizonten zu lösen oder über den eigenen begrenzten Raum hinauszuschauen (ebd.).

[...]“ (ebd., 90). Außerdem ist die individuelle Lebensführung mit der Frage verbunden, wie (z.B. gesellschaftliche) Zusammenhänge hergestellt werden können, in denen es sich leben lässt (ebd.).

Die gelingende Lebensführung hat eine „Ästhetik der Existenz“ zum Ziel – Schmid schließt hier auch an Foucault an –, bei der es darum geht, sich ein schönes Leben zu machen (vgl. Schmid 2005, 176 f.). Gemeint ist eine „[...] weiter gehende Ästhetisierung, nicht als Kult der Äußerlichkeit, sondern als Suche nach dem Bejahenswerten. [...] Die Ästhetik der Existenz ist eine Antwort auf die Frage: Was halte ich für schön? Was ist mir wichtig? Aber auch: Was ist für das eigene soziale Umfeld schön, für die persönlichen und für die gesellschaftlichen Beziehungen?“ (Schmid 2001, o.S.). Eine Realisierung der Ästhetik der Existenz, wie Schmid sie versteht, bezeichnet also den Vorgang, wie durch die Arbeit an sich selbst und am eigenen Leben das Letztere bejahenswerter gemacht werden kann (Schmid 2005, 180).<sup>150</sup>

Der Frage des Wählens misst Schmid (1998, 90 f.) in Verbindung mit der Freiheit der individuellen Lebensführung eine ganz besondere Bedeutung zu. Eine zentrale Problematik der (post-)modernen Zeiten besteht seines Erachtens nämlich darin, dass die Situationen der Wahl sich potenzieren. Durch das Treffen einer Wahl eröffnen oder verschließen sich Möglichkeitshorizonte (ebd., 92). Daher plädiert Schmid, mit Bezugnahme auf das Aristotelische Element, für eine Wahl, die auf Klugheit beruht.<sup>151</sup> Diese ist nicht nur von der Urteilskraft oder Reflexionsfähigkeit des Individuums, sondern ebenso sehr von seinem Gespür und seiner Sensibilität abhängig. Denn die Klugheit wird im „Zwischen“ verortet, sie steht zwischen „[...] Verstand und Wahrnehmung, zwischen Erkenntnis und Erfahrung, um in einem sensiblen Denken und einer leiblichen Intelligenz wieder zum Vorschein zu kommen“ (ebd., 221). Das sensible, aufmerksame Subjekt der klugen Wahl zieht sich dabei wiederum nicht in sich selbst zurück, sondern es sucht die Vernetzung mit anderen, z.B. in der Pflege freundschaftlicher Beziehungen (ebd., 51).

Für Schmid drückt sich in der klugen Wahl zudem eine grundlegende Selbstmächtigkeit aus und wer „[...] selbstmächtig ist, verfügt über Möglichkeiten im Umgang mit sich selbst, fern davon, sich nur ‚gehen zu lassen‘. Das entsteht nicht von selbst, sondern nur aufgrund asketischer Einübung“ (Schmid 2001, o.S.).

---

<sup>150</sup> Schmid (2005, Rückumschlag) spricht in diesem Kontext sogar von einem „existenziellen Imperativ“: „Gestalte dein Leben so, dass es bejahungswert ist.“

<sup>151</sup> Schmid (1998, 221) knüpft an den Begriff der Klugheit („phronesis“) an, wie er von Aristoteles in der Nikomachischen Ethik ausgearbeitet worden ist.

Im Zusammenhang mit der Frage, wie jemand sein Leben versteht, ergibt sich für das Subjekt die Notwendigkeit, das eigene Leben und die Lebenswelt zu interpretieren (Schmid 1998, 91). So wird seine Lebensführung erst möglich. Hierfür ist im Unterschied zur Wissensform der Wissenschaften ist ein sog. „Lebenswissen“ erforderlich, das auf dem basiert, was für das Subjekt bedeutungsvoll und wichtig ist bzw. was nicht (ebd., 91 f.). Schmid spricht in diesem Kontext von einer „Hermeneutik und Pädagogik der Lebenskunst“, die auf die Sinnperspektive des Individuums bezogen ist: „Die Arbeit der Hermeneutik der Lebenskunst besteht darin, mit Hilfe von Interpretationen die Perspektive herzustellen, die in der Lage ist, *dem Leben Sinn zu geben* – einen Sinn, der dem Konglomerat namens Leben nicht etwa nur abzulesen, sondern der in es hineinzulegen ist [...]“ (ebd., 294; Hervorhebungen im Original).

Schließlich betrifft die Frage, was konkret zu tun sei, die grundsätzliche Haltung des Subjekts der Lebenskunst sowie insbesondere die Techniken und Übungen – also die Asketik –, mit denen es dem Leben eine Form zu geben vermag (ebd., 92).

Auf zwei dieser Techniken der Lebensführung, die mir für meine eigene Untersuchung interessant erscheinen, gehe ich nachfolgend ein: auf das Knüpfen eines Netzes der Gewohnheiten sowie auf die sog. experimentelle Technik, d.h. das Leben auf den Versuch hin.

Ein Netz der Gewohnheiten zu knüpfen, erachtet Schmid im Zusammenhang mit der Lebensführung als essenziell. Die Gewohnheit gilt dabei als eine „[...] Technik der nachhaltigen Einübung und bewussten Ausübung von Lebenskunst [...]“ (Schmid 2005, 32). Sie wird durch regelmäßige Übung hergestellt: „Die regelmäßige Wiederholung und die Dauerhaftigkeit des immer gleichen Vollzugs [...] dienen dazu, etwas zur Gewohnheit werden zu lassen, sodass es sich von selbst versteht und ohne Mühe [...] abläuft und in der Zeit verankert wird“ (ebd.). Diese Regelmäßigkeit der Ausübung bewirkt zugleich eine Entlastung von der Wahl, indem das Selbst sich von all dem führen lassen kann, was in den Gewohnheiten bereits entschieden ist (ebd., 33). Aus dem Prozess der Gewöhnung resultiert eine Vertrautheit mit der Umgebung, wofür Schmid sowohl im unmittelbaren als auch im übertragenen Sinn den Begriff „Wohnung“ verwendet (ebd.).

Überdies werden sog. „heteronome“ von „autonomen“ Gewohnheiten unterschieden. Bezüglich einer gelingenden Lebensführung haben die Letzteren den Vorrang (vgl. hier und im Folgenden: ebd., 34 f.). Als heteronome Gewohnheit gilt gemäß Schmid nicht nur, was das Subjekt unreflektiert aus Kultur und Gesellschaft übernimmt (z.B. Machtbeziehungen), sondern auch, was es im Lauf der Lebensgeschichte (bspw. durch Erziehung) an

Angewohnheiten der Wahrnehmung, des Denkens, des Erkennens oder Beurteilens erwirbt. Es geht somit auch um das, was sich in den Leib einschreibt und so meist unbemerkt das alltägliche Leben bestimmt. Demgegenüber unterliegen die sog. „autonomen“ Gewohnheiten der Selbsterzeugung und werden bewusst angeeignet. Demzufolge sind vor allem diese „[...] eigenen und eigenwilligen Gewohnheiten auszuarbeiten und einzuüben, durch die ein Selbst sich selbst charakterisiert wie durch wenigens sonst, denn anders als die konventionellen, heteronomen Gewohnheiten stehen sie für die selbstgewählte Haltung des Selbst“ (ebd., 35).

Die problematische Seite der Gewohnheiten besteht darin, dass sie eine Abstumpfung mit sich bringen, um die das sensible Selbst sich stets mit wachen Sinnen zu kümmern hat (ebd., 38 und 40). Außerdem erachtet Schmid die Spontaneität als unabdingbar, um auch mit Ungewohntem zurechtkommen zu können (vgl. ebd., 39 f.).

Im Zusammenhang mit der experimentellen Technik bzw. dem Leben auf den Versuch hin greift Schmid auf Michel de Montaignes „Essais“ zurück. Sie stellen seiner Ansicht nach ein historisches Beispiel für die experimentelle Technik dar, in der sich zugleich eine essayistische Existenz manifestiert (vgl. ebd., 79 ff.).

Laut Schmid kommt es für das Selbst im Zweifelsfall nun darauf an, bei der Führung seines Lebens „[...] Versuche zu machen mit sich und seinen Möglichkeiten. Versuche sind dazu da, mit verfügbaren Möglichkeiten zu experimentieren und verschlossene Möglichkeitshorizonte zu öffnen, um nicht im Bestehenden sich einzuschließen“ (ebd., 79). Seines Erachtens ermöglicht eine essayistische Existenz, das gesamte Leben, die einzelnen Tage und insbesondere auch lieb gewonnene Gewohnheiten zu überdenken und neu auszutarieren (ebd.). Es können somit andere als die gewohnten Gesten erprobt werden. Grundsätzlich bestehen zwei Weisen, auf den Versuch hin zu leben: „Die erste besteht darin, *vorsätzliche Versuche* zu unternehmen, deren Initiator das Subjekt selbst ist. Die zweite [...] bedeutet, *sich versuchen zu lassen*, also sich offen zu halten für das, was ungerufen kommt [...]“ (ebd., 84; Hervorhebungen im Original).

#### **IV 2.3.2 Ergebnis zur Lebensführung nach Schmid**

Schmids Ausführungen im Zusammenhang mit der Lebensführung betonen zwar die Autonomie des Subjekts sowie seine Fähigkeit zu einer bewussten bzw. reflektierten Selbst- und Lebensgestaltung, jedoch handelt es sich nicht um eine einseitig vernunftorientierte Sichtweise. So sind für die kluge Wahl bspw. genauso das sensible Denken und die leibliche Intelligenz bzw. das Gespür ausschlaggebend. Manchmal entsteht allerdings der Eindruck,

die Lebensführung diene der Optimierung oder Effizienzsteigerung des Subjekts, was ich kritisch sehe.

Anhand der von Schmid beschriebenen Techniken der Lebenskunst – erinnert sei an die Essayistik – lassen sich m.E. inhaltliche Anregungen in Bezug auf die Selbstsorge gewinnen. Noch wichtiger ist es aber, dass die Selbstsorge und die Lebensführung im Anschluss an Schmid folgendermaßen in ein Verhältnis gesetzt werden können: Einerseits zielt die Selbstsorge darauf, ein persönlich gelingendes, d.h. – in den Worten Schmid – ein schönes und bejahenswertes Leben zu führen. Dies schließt auch mit ein, dass es „nur“ um eine Bewältigung des Lebens gehen kann.<sup>152</sup> Andererseits wird die Sorge um sich teilweise dadurch bestimmt, wie jemand das (eigene) Leben versteht und was bzw. welche Art des Seins er oder sie in der Lebensführung anstrebt.

#### IV 2.4 Selbstsorge und Sorge

Die Selbstsorge steht auch in einem Verhältnis zur Sorge. So war es bspw. ein den verschiedenen Philosophieschulen der Antike gemeinsames Anliegen, im Zusammenhang mit der Selbstsorge Wege zu weisen, die weg von der ängstlichen Sorge, hin zur „klugen Sorge“ um sich selbst führen (vgl. Hügli 1999, 277). Laut Waldenfels (2015, 1) geistert die Sorge bis heute durch unsere Welt. „Die Grundfigur ist das *Sichsorgen*, das sich als Besorgen um etwas oder als Selbst- und Fürsorge um jemanden kümmert“ (ebd.; Hervorhebung im Original). Im Hintergrund steht dabei die ängstliche Besorgnis als eine Befindlichkeit, ein Gefühl (ebd.). Schmid stellt im Kontext seiner (post-)modernen Lebenskunstphilosophie einen Zusammenhang zwischen der Sorge im Sinne des Sich-Sorgen-Machens und der Selbstsorge her: Für ihn ist die Sorge eine Art der Selbstzuwendung, die sich zur persönlichen Selbstsorge entfalten kann (Schmid 2005, 146). Denn die ängstliche Sorge aktiviert „[...] das Eigeninteresse des Selbst und sorgt für eine erste Selbstaneignung, die darin besteht, sich nicht mehr nur der Bestimmung durch Andere und äußere Verhältnisse zu überlassen“ (ebd.).

Im Weiteren nehme ich nun auf Martin Heidegger Bezug, der den Begriff der Sorge in starkem Maß geprägt hat. Heidegger bestimmt die Sorge als Grundphänomen des Daseins und stellt ihren Sinn in den Mittelpunkt seiner Philosophie. Seiner Ansicht nach ist die Sorge dem Wesen des Menschen zugehörig und keinesfalls ein Mangel (vgl. Ruffing 2013, 7 f.).<sup>153</sup>

---

<sup>152</sup> Gerade bei Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung herrscht u.U. das Gefühl vor, das eigene Leben sei kaum zu meistern, sodass das Bewältigen im Vordergrund steht.

<sup>153</sup> Dass Heideggers Philosophie umstritten ist und in verschiedener Hinsicht kritisiert wurde/wird – z.B. bezüglich ihrer Absage an den Humanismus (vgl. z.B. Müller 2005, 325) –, soll hier nicht unerwähnt bleiben.



In den nächsten Abschnitten erörtere ich, wie Heidegger die Sorge als menschliches Existenzial begreift (vgl. IV 2.4.1). Nach einer Zusammenfassung kläre ich die Bedeutung des Sorge-Begriffs im Hinblick auf die Selbstsorge (vgl. IV 2.4.2).

#### **IV 2.4.1 Die Sorge als menschliches Existenzial (Martin Heidegger)**

Der Sorge-Begriff, den Heidegger (1977) in seinem Werk „Sein und Zeit“ entfaltet, hat einen umfassenden Charakter. Er ist eingebettet in eine Philosophie, in der das Dasein (d.h. der Mensch) als ein „In-der-Welt-Sein“ bestimmt ist. Anstatt um das Bewusstsein geht es Heidegger, vereinfacht gesagt, um das Sein, also um unsere Existenz bzw. die Art und Weise unseres In-der-Welt-Seins. Die Seinsweisen sind für ihn dabei nicht abstrakt, sondern sie meinen die Ausgestaltung des konkret gelebten Lebens (vgl. Stenger 2002, 39 ff.).<sup>154</sup>

Als Begründung für seine Konzipierung der Sorge bezieht Heidegger sich auf die sog. „Cura-Fabel“ des Hyginus, gemäß der die Sorge das In-der-Welt-Sein prägt: „Als einst die ‚Sorge‘ über einen Fluß ging, sah sie tonhaltiges Erdreich: sinnend nahm sie davon ein Stück und begann es zu formen. Während sie bei sich darüber nachdenkt, was sie geschaffen, tritt Jupiter hinzu. Ihn bittet die Sorge, dass er dem geformten Stück Ton Geist verleihe. Das gewährt ihr Jupiter gern. Als sie aber ihrem Gebilde nun ihren Namen beilegen wollte, verbot das Jupiter und verlangte, daß ihm sein Name gegeben werden müsse. Während über den Namen die ‚Sorge‘ und Jupiter stritten, erhob sich auch die Erde (Tellus) und begehrte, daß dem Gebilde ihr Name beigelegt werde, da sie ja doch ihm ein Stück ihres Leibes dargeboten habe. Die Streitenden nahmen Saturn zum Richter. Und ihnen erteilte Saturn folgende anscheinend gerechte Entscheidung: ‚Du, Jupiter, weil du den Geist gegeben hast, sollst bei seinem Tode den Geist, du, Erde, weil du den Körper geschenkt hast, sollst den Körper empfangen. Weil aber die ‚Sorge‘ dieses Wesen zuerst gebildet, so möge, solange es lebt, die ‚Sorge‘ es besitzen. Weil aber über den Namen Streit besteht, so möge es ‚homo‘ heißen, da es aus Humus (Erde) gemacht ist‘ “ (Heidegger 1977, 198).

---

– Adorno (vgl. 1965), der sich in „Jargon der Eigentlichkeit“ sprach- und ideologiekritisch mit Heidegger auseinandersetzt, kritisiert den Sorge-Begriff u.a. dahingehend, dass er exemplarisch für Heideggers durch Negativitäten gekennzeichnete philosophische Konzeptionen sei (vgl. ebd., 26).

<sup>154</sup> Um zumindest einen Eindruck zu vermitteln, welchem philosophischen Rahmen der Sorge-Begriff entstammt, füge ich mit Rentsch (2003) einige Erläuterungen zu „Sein und Zeit“ an. Gemäß Rentsch (vgl. ebd., 57) bilden u.a. die folgenden Analyseschritte das Kerngerüst von „Sein und Zeit“: Erstens wurde Heidegger zufolge die Grundfrage nach dem „Sinn von Sein“ seit 2500 Jahren nicht bzw. falsch gestellt. Seines Erachtens kann diese Frage, zweitens, nur im Rückgang auf den Menschen (in Heideggers Terminologie: „das Dasein“) als dem einzig Seienden geklärt werden. Drittens gilt für Heidegger das In-der-Welt-Sein als das Wesen des Daseins, wobei, viertens, die „Sorge“ das Wesen des In-der-Welt-Seins ausmacht. Im Rahmen des Letzteren entwickelt Heidegger eine elementare Konzeption des menschlichen Handelns. Fünftens ist „Zeitlichkeit“ das Wesen der Sorge, die sich besonders in der Sterblichkeit bzw. Endlichkeit manifestiert (im Sein-zum-Tode).

Dieses Zeugnis stellt die Bedeutung der Sorge laut Heidegger dadurch heraus, „[...] daß es nicht nur überhaupt die ‚Sorge‘ als das sieht, dem das menschliche Dasein ‚zeitlebens‘ gehört, sondern daß dieser Vorrang der ‚Sorge‘ im Zusammenhang mit der bekannten Auffassung des Menschen als des Kompositums aus Leib (Erde) und Geist heraustritt. [...] Dieses Seiende hat den ‚Ursprung‘ seines Seins in der Sorge. [...] Das Seiende wird von diesem Ursprung nicht entlassen, sondern festgehalten, von ihm durchherrscht, solange dieses Seiende ‚in der Welt ist‘ “ (ebd.).

Wie oben angedeutet, meint die Sorge als Grundphänomen des Daseins die alltägliche Praxis, in der jeder Mensch sich um sein eigenes Dasein kümmert, wobei er als Subjekt eben nicht isoliert der Welt gegenübersteht, sondern immer schon in Weltbezüge eingeordnet ist (Ruffing 2013, 16).<sup>155</sup> Im Sinne Heideggers bedeutet das In-der-Welt-Sein nämlich: „Jeweils ‚immer schon‘ in bestimmten bedeutungsvollen, praktischen Lebenssituationen sein“ (Rentsch 2003, 60). Deswegen konstituiert das Subjekt sich nicht über das Selbstbewusstsein, sondern durch Selbstbekümmern in der faktischen Welterfahrung: „Der Mensch ist immer schon sorgend auf seine Umwelt bezogen“ (Ruffing 2013, 11).

Die Tatsache, dass die Sorgestruktur dem Selbstbewusstsein – und auch der Logik – vorausgeht, leitet sich Heidegger zufolge dadurch ab, dass der Mensch ins „Nichts“ gestellt ist. Der Zugang zum Sein eröffnet sich erst dadurch, dass angesichts der Vergänglichkeit (der Zeit) die Sorge um das Dasein entsteht (vgl. ebd., 20 f.).<sup>156</sup> Ohne die Erfahrung des Nichts bzw. der Endlichkeit wäre der Mensch quasi „sorglos“. D.h., erst die existenzielle Langeweile, die Angst vor dem Sein und ebenso vor dem Tod bzw. dem Nichts sind für die Sorge ursächlich (ebd., 24).

Heidegger schreibt der Sorge oder „cura“ überdies einen doppelten Sinn bzw. eine Grundverfassung mit einer wesenhaft zweifachen Struktur zu, für die er den Ausdruck des „geworfenen Entwurfs“ wählt: „Die perfectio des Menschen, das Werden zu dem, was er in seinem Freisein für die eigensten Möglichkeiten (dem Entwurf) sein kann, ist eine ‚Leistung‘ der ‚Sorge‘. Gleichursprünglich bestimmt sie aber die Grundart dieses Seienden, gemäß der es an die besorgte Welt ausgeliefert ist (Geworfenheit)“ (Heidegger 1977, 199).

---

<sup>155</sup> Indem Heidegger nicht vom „Menschen“, sondern vom „Dasein“ spricht, verweist er auf die weltliche Position des Menschen, und zwar, weil der Fokus so auf das „Sein“ und nicht auf das „Seiende“ gerichtet wird (vgl. Juli 2011, 99). Es soll somit das Dasein als Medium des Seins betont werden.

<sup>156</sup> Die Grunderfahrung des Nichts ist, so Heidegger, mit der Grundstimmung der Angst verbunden, wobei das Grundgefühl der Angst dem Menschen den Tod vor die Augen stellt: „Das Nichts, davor die Angst bringt, enthüllt die Nichtigkeit, die das Dasein in seinem *Grunde* bestimmt, der selbst ist als Geworfenheit in den Tod“ (Heidegger 1977, 308; Hervorhebung im Original).

#### **IV 2.4.2 Resümee und Untersuchungsrelevanz von Heideggers Sorge-Begriff**

Wie oben ausgeführt, liegt die Sorge gemäß Heidegger „[...] als ursprüngliche Strukturganzheit existenzial-apriorisch ‚vor‘ jeder, das heißt immer schon *in* jeder faktischen ‚Verhaltung‘ und ‚Lage‘ des Daseins“ (ebd., 193). Der Mensch konstituiert sein Selbst somit erst in der Sorge (vgl. Müller 2005, 32). Und er kann generell nicht umhin, für sich zu sorgen. Denn der „[...] Sinn des Daseins besteht darin, für es Sorge zu tragen“ (Ruffing 2013, 8).

Was bedeutet dies nun im Hinblick auf meine Untersuchung und bezüglich des Verhältnisses von Sorge und Selbstsorge?

Dadurch, dass die Sorge als erfahrungsunabhängige Daseinsstruktur postuliert wird, ist eine Welt-gerichtete „Sorge-Bewegung“ jedem Menschen unter allen Umständen eigen. Jene Art der Selbstbekümmern besteht demzufolge auch unter den Bedingungen einer (noch so schweren) psychischen Erkrankung. Resümierend halte ich fest, dass die Sorge im Sinne Heideggers zwar nicht mit der Fähigkeit zur Selbstsorge gleichzusetzen ist. Sie bedeutet jedoch ein menschliches Potenzial, an das in Bezug auf die Selbstsorge angeknüpft werden kann.

#### **IV 2.5 Ergebnis zur Selbstsorge**

Der Frage, wie der Begriff der Selbstsorge im Hinblick auf meine Untersuchung aufgefasst werden sollte, gehe ich in diesem Kapitel nach. Nach einer Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte der in Kapitel IV 2 erörterten Theorien, arbeite ich zwei Ebenen der Selbstsorge heraus. Darauf diskutiere ich die Gesundheitsaspekte sowie die Rolle der anderen im Zusammenhang mit der Selbstsorge. Danach verdeutliche ich nochmals den Bezug, der sich zu den Begriffen der Lebensführung und der Sorge ergibt, und schließe mit einer Bestimmung der Selbstsorge, die mir für meine Untersuchung geeignet erscheint.

Die antike Selbstsorge, wie Foucault sie darstellt, meint einerseits eine bedeutsame Lebensregel und Selbstbeziehung. In ihr sind die Selbsterkenntnis und das Sich-um-sich-selbst-Kümmern, d.h. die Lebenspraxis oder die selbstsorgenden Praktiken, verbunden. Andererseits bedeutet die Selbstsorge die zur Anwendung kommenden Methoden, die sog. Technologien des Selbst (vgl. auch Kipke 2011, 123). In systematischer Hinsicht sind bezüglich der antiken Selbstsorge verschiedene Momente unterscheidbar, so die Selbstreflexion, die Selbstveränderung oder die Therapie (vgl. Hügli 1999, 278 f.; mit Bezugnahme auf Schmid 1995, Sp. 529 f.).

Anhand der entwicklungsbezogenen bzw. entwicklungspsychologischen Theorien – Wolfstetters Oikeiosis-Interpretation sowie Küchenhoffs Selbstfürsorge-Konzept – rücken

hinsichtlich der Selbstsorge die Zuwendung zum eigenen Selbst und das In-sich-selbst-häuslich-Werden in den Blick. In einem im Rahmen der frühen Bezugspersonen-Kind-Beziehung initiierten Prozess entwickelt sich aufgrund der sorgenden Zuwendung zum Kind und dessen Erfahrung des Anerkannt-Werdens mit der Zeit eine selbstsorgende Haltung. Sie umfasst die Fähigkeit, „[...] mit sich gut umzugehen, zu sich selbst gut zu sein, sich zu schützen und nach sich selbst zu schauen, die eigenen Bedürfnisse zu berücksichtigen [...]“ (Küchenhoff 1999b, 151).

Wie in Kapitel IV 2.1.3 bereits angedeutet, lassen sich aus dem oben Genannten zwei „Ebenen“ der Selbstsorge bestimmen, die beim Erwachsenen verbunden sein sollten: eine an der Autonomie und Mündigkeit orientierte Form der Selbstsorge sowie eine, welche die grundlegende Selbstzuwendung beschreibt. Während die erste als reflektiertes Selbstverhältnis z.B. mit der Fähigkeit zur Selbstdistanzierung, mit Selbststeuerungsfähigkeiten, mit Initiativhandlungen oder mit selbstformenden Techniken einhergeht, umfasst die „basale“ Ebene der Selbstsorge eine leiblich-intuitive Art der Selbstzuwendung, bspw. den sensiblen Umgang mit sich selbst, das Erspüren von und den Umgang mit eigenen Bedürfnissen oder Befindlichkeiten. Auch die Prozesse der Gewohnheitsbildung zählen hierzu, denn sie bedeuten das Vermögen des Menschen, den Leib und die Welt zu bewohnen (vgl. Fuchs 2000a, 326 f.).

Des Weiteren weisen die beiden Selbstsorge-Ebenen jeweils einen bestimmten Bezug zur Gesundheit auf.

Was die autonome oder mündige Form der Selbstsorge betrifft, kann zuerst die Sorge um die eigene Gesundheit genannt werden, wie sie in der antiken Diätetik Thema ist. Außerdem lassen sich Bezüge zur Ottawa-Charta herstellen, da jene Ebene der Selbstsorge mit den „[...] eigensinnigen Souveränitätsmöglichkeiten für das Subjekt [...]“ (Keupp 2000, 12) verbunden ist und mit der Programmformulierung des Empowerment-Konzepts korrespondiert (ebd., 14). Der Bezug zur WHO-Formel von Gesundheit ergibt sich m.a.W., indem der Einzelne durch die Selbstsorge dazu befähigt wird, ein Verhältnis zu sich selbst und zur Welt zu gewinnen, das ihm ein selbstbestimmtes und gutes Leben ermöglicht (vgl. Hügli 1999, 293).

Zugehörigkeit und Lebendigkeit sind – in Anlehnung an die Oikeiosis-Theorie – gesundheitsrelevante Faktoren, die mit der von mir als „basal“ bezeichneten Ebene der Selbstsorge zusammenhängen.<sup>157</sup> Was diese Ebene der Selbstsorge anbelangt, ermöglicht

---

<sup>157</sup> Als Beispiel hierfür kann aus einer leiborientierten Perspektive die „Frische“ angeführt werden. Schmitz (vgl. 2005a, 245 ff.) begriff die Frische als leibliche Schwellung im Verband der leiblichen Ökonomie, die

die Verinnerlichung guter Beziehungserfahrungen es außerdem, dass eine zuversichtliche Haltung, Selbstachtung oder die Fähigkeit der liebevollen Rückwendung zu sich selbst entwickelt werden können, was für die persönliche Gesundheit ebenfalls förderlich ist.

Die anderen sind aus entwicklungspsychologischer Sicht als „Beziehungsvoraussetzungen“ für die Selbstsorge wichtig, denn die Selbstsorge fußt – jedenfalls teilweise – auf der „verinnerlichten“ Sorge der anderen (vgl. Küchenhoff 1999b, 153 ff.). Die Funktionen, welche die Bezugspersonen im Entwicklungsprozess innehatten, bleiben in mancher Hinsicht auch für die Unterstützung der Erwachsenen-Selbstsorge bedeutsam, so z.B. die Funktion des Haltens oder – psychoanalytisch gesprochen – des Containsens.<sup>158</sup>

Die an der Autonomie orientierte Selbstsorge verweist dagegen auf eine beratende Funktion des anderen. Erinnert sei an die Rolle des Philosophen, der in der antiken Selbstsorge als Ratgeber bzw. als Helfer der Subjektwerdung gilt. Übertragen auf die heutige Zeit, sollte ein entsprechendes Verständnis „psychagogischer“ Beratung“ (Gröning 2006, 81) aber unbedingt am Grundsatz der Kommunikation auf Augenhöhe orientiert sein.

Die Selbstsorge zu den Begriffen der Sorge und der Lebensführung in Bezug zu setzen, ist für meine weitere Untersuchung ebenfalls erforderlich.

Im Anschluss an Heideggers Bestimmung fügt sich die Sorge ein in unser Verhalten zu uns selbst, zu den Dingen und zu Anderen (vgl. Waldenfels 2015, 1). Die Sorge ist m.a.W. ein Existenzial. Diese Art der Selbstbekümmern ist uns also immer schon gegeben, sie ist ein Potenzial, das aber nicht zwangsläufig zur Selbstsorge im Sinne der „epimeleia heautou“ führt. Das Verhältnis von Lebensführung und Selbstsorge zeigt sich in erster Linie dadurch, dass in der Selbstsorge ein gelingendes oder bejahenswertes Leben angestrebt wird. Im Kontext der gelingenden Lebensführung spielen dazu die Gewohnheitsbildung oder Techniken, wie das Experimentieren mit sich und seinen Möglichkeiten, eine wichtige Rolle.

Nach einem Durchgang durch die einschlägigen Theorien halte ich folgendes Begriffsverständnis zur Selbstsorge fest: Die Selbstsorge bezeichnet das persönliche Vermögen, sich in Verbindung zu und mit Hilfe von anderen gut um sich selbst zu kümmern, sodass ein positiver, gesundheitsrelevanter Beitrag dazu geleistet wird, Lebenssituationen zu gestalten bzw. zu bewältigen sowie ein persönlich bejahenswertes Leben zu führen. Jenes

---

durch einen konkurrierenden Engungsimpuls abgefangen wird, sodass das „schäumende Leben“ eine Richtung finden und eingesetzt werden kann.

<sup>158</sup> Kegan (1986) verwendet im Zusammenhang mit seinem – auf Piagets Theorien aufbauenden – Entwicklungsmodell des Selbst den Begriff der „haltenden Umgebung“. Diese stellt seiner Ansicht nach kein ausschließliches Charakteristikum der frühen Kindheit, sondern der gesamten Entwicklung dar (ebd., 159). Sie impliziert, dass die Aktivitäten der Person, so wie sie jetzt existiert, unterstützt werden (ebd., 216).

Vermögen meint ein komplexes Bündel von Fähigkeiten (vgl. Küchenhoff 1999b) oder eine (leibliche) Haltung, die man zu sich selbst hat. Die Selbstsorge-Haltung einer Person ist u.a. ein Spiegel der gemachten Beziehungserfahrungen in frühen Lebensabschnitten. Zu ihrer Entwicklung im Erwachsenenalter können neue positive Beziehungsmöglichkeiten oder ein übender Umgang mit sich selbst (z.B. „Techniken“) beitragen.

## IV 3 Der Selbstbegriff im Zusammenhang mit der Selbstsorge

### IV 3.1 Einführende Gedanken und allgemeine Problemlagen zum „Selbst“

Wenn von der Selbstsorge bzw. der Sorge um sich die Rede ist, erscheint es aus einem alltagspsychologischen Verständnis heraus plausibel, dass diese etwas mit einem Bezug auf ein Selbst zu tun hat. In theoretischer Hinsicht lässt sich jenes Selbst jedoch nicht so leicht einfangen oder umreißen.

Bekanntermaßen sind die Begriffsverwendungen in Bezug auf das Selbst unvollständig, uneinheitlich und auch widersprüchlich. D.h., sie divergieren je nach theoretischem Bezugsrahmen. Ludwig-Körner (1992), die dem Selbstbegriff eine wissenschaftshistorische Untersuchung widmet, stellt in einem umfassenden Vergleich philosophischer, soziologischer und psychologischer Selbst-Theorien entsprechende Divergenzen und damit verbundene Problemlagen fest. Im Sinne einer allgemeinen Ordnungsmöglichkeit unterteilt sie in Selbstbegriffe, die sich auf die Struktur oder die Statik des Selbst beziehen („so bin ich“), und in solche, die – subjektiv – die Dynamik bzw. den Prozess des Selbst betreffen („ich erlebe, fühle, denke“) (ebd., 452). Ihrer Ansicht nach deuten die struktur- und die prozessorientierten Selbstbegriffe aufeinander hin und sind für sich genommen unvollständig (ebd., 459). Wählt man den psychotherapeutischen Kontext als Beispiel, das auch für meine Untersuchung von Interesse ist, dann können mit Pawelzik (vgl. 2011, 3 f.) drei seiner Ansicht nach unabdingbare Deutungen des Selbst herausgestellt werden: das Selbst als erlebendes Subjekt (sich als Subjekt seiner eigenen seelischen Regungen erleben); das Selbst als Objekt des eigenen Erkennens und Fühlens (die Fähigkeit zum Selbstbewusstsein und zur selbstbezogenen Reflexion); sowie das Selbst als Agent (gemeint ist das Erleben von Handlungsmächtigkeit – auch wenn diese sich u.U. nur als „fruchtbare Illusion des Selbst“ erweisen sollte).

Der Selbstbegriff ist aber nicht nur schwer fassbar, sondern auch nicht leicht abzugrenzen. Dies ist z.B. bezüglich der Differenzierung von „Selbst“ und „Ich“ der Fall: Psychologische und philosophische Schulen gehen mit diesen beiden Begriffen sehr unterschiedlich um (vgl.

Godin 2012, 152). Insbesondere durch die Substantivierung des Begriffes „Selbst“ entsteht außerdem eine Nähe zu den Begriffen der Person oder der Identität (vgl. Ludwig-Körner 1992, 12). Bisweilen werden diese Begriffe auch synonym verwendet.

Heute wird das Selbst des Weiteren in verschiedener Hinsicht bezweifelt. In der Philosophie des 20. Jahrhunderts ist laut Henke (2003b, o.S.) – bspw. im Gefolge der Theorien von Habermas, Luhmann, Rorty und anderer – der Begriff eines stabilen, autonomen Selbst fraglich geworden. Aus neurophilosophischer Sicht wird die Existenz eines Selbst in jüngster Zeit sogar bestritten. Bekannt ist hier etwa die Position von Metzinger (2000).<sup>159</sup>

Schließlich ist auf eine kulturelle Kontextabhängigkeit des Selbstbegriffs hinzuweisen: Je nach kultureller Prägung fassen Menschen das Selbst sehr unterschiedlich auf (Müller 2011, 19). Die Vorstellung eines an der Individualität und Stabilität orientierten „festen“ Selbst stellt hierbei eine typisch westliche Sichtweise dar.

Sich auf den Selbstbegriff zu beziehen, so zeigen die o.g. knappen Hinweise, ist einerseits nicht unproblematisch. Andererseits erachte ich eine Bezugnahme auf diesen Begriff im Zusammenhang mit meiner Untersuchung dennoch als sinnvoll. Das Selbst eignet sich m.E. als ein Konzept, um die Subjektivität des Selbst-Seins und den Wunsch oder das Ringen, jemand zu sein, zu beschreiben (vgl. Pawelzik 2011, 1). Jedoch ist es wichtig klarzulegen, welches Verständnis des Selbst für meine Arbeit leitend ist. In Kapitel IV 1 habe ich bereits ausgeführt, welche Theorien und Modelle des Selbst ich in den nächsten Kapiteln diskutieren werde.

Grundsätzlich, so kann ich an dieser Stelle ergänzen, gehe ich bei meinen Überlegungen davon aus, dass das Selbst die Subjektivität einer Person mit der ihr eigentümlichen Rückbezüglichkeit bezeichnet (Blankenburg/Haltenhof 1995, o.S.). Zudem stellt die Leiblichkeit – entwicklungstheoretisch betrachtet – die ursprüngliche Basis des Selbsterlebens dar. Erst mit der Entwicklung der Exzentrizität wird das Leib-Selbst (oder das leibliche Sein) zum Ich-Selbst, das seinen Körper hat (vgl. Fuchs 2000a, 265). Demgemäß beziehen sich die Begriffe oder Modelle des Selbst, die ich im Folgenden vorstellen werde, auf die körperlich-leibliche Existenz des Menschen. Überdies ermöglichen

---

<sup>159</sup> Metzinger geht davon aus, dass es so etwas wie Selbste in der Welt nicht gibt: „Selbste und Subjekte gehören nicht zu den irreduziblen Grundbestandteilen der Wirklichkeit. Was es gibt, ist das erlebte Ichgefühl und die verschiedenen, ständig wechselnden Inhalte unseres Selbstbewusstseins – das, was Philosophen das ‚phänomenale Selbst‘ nennen. Dieses bewusste *Erleben* eines Selbst wird als Resultat von Informationsverarbeitungs- und Darstellungsvorgängen im zentralen Nervensystem analysiert“ (Metzinger 2000, 317; Hervorhebung im Original).

sie weitgehend eine ressourcen- oder gesundheitsorientierte Perspektive, dies sowohl bezüglich der Selbstsorge als auch der Selbst-Beeinträchtigungen, die im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen behauptet werden.

## IV 3.2 Untersuchungsrelevante Modelle des Selbst

### IV 3.2.1 Das basale und das erweiterte Selbst aus entwicklungstheoretischer Perspektive

Fuchs' Verständnis des Selbst bzw. des Selbsterlebens ist für meine Untersuchung im Sinne einer Ordnungssystematik grundlegend. An neuere phänomenologische, entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Konzepte anknüpfend, integriert Fuchs diese aus einer entwicklungstheoretischen Perspektive. Unterschieden werden ein basales, präreflexives oder leibliches Selbst von einem erweiterten, reflexiven oder personalen Selbst (Fuchs 2012, 888). Das implizite präreflexive Selbst-Gewahrsein kennzeichnet die Subjektivität schon in den frühesten Lebensstadien, während das höherstufige, reflexive Selbstbewusstsein, das auch als „Ich“ bezeichnet werden kann (vgl. Fuchs 2015c, 325; Übersetzung C.J.), im Laufe der frühen Sozialisation entsteht.<sup>160</sup>

#### IV 3.2.1.1 Das basale oder leibliche Selbst

Das basale oder leibliche Selbst umfasst drei Dimensionen: das primäre leibliche Selbst, das ökologische Selbst und das soziale Selbst (hier und im Folgenden: Fuchs 2012, 888 ff.).

Das basale Selbst ist zunächst durch ein implizites, präreflexives Gewahrsein charakterisiert, das uns in jeder Erfahrung mitgegeben ist, ohne dass hierfür eine explizite Introspektion oder Reflexion erforderlich wäre. Gemeint ist, dass man z.B. beim Sehen nicht bloß die Gegenstände sieht, sondern sich implizit zugleich des eigenen Sehens bzw. der eigenen Gegenwart inne ist. Für diese elementare, nicht objektivierende Selbstgegebenheit wird auch der Begriff der „Ipseität“ verwendet.<sup>161</sup> Die Dimensionen der Selbstaffektion, der Leiblichkeit und der Zeitlichkeit im Zusammenhang mit dem basalen Selbsterleben bezeichnen somit die Selbstgegenwart eines leiblich und zeitlich verfassten Subjekts.<sup>162</sup>

---

<sup>160</sup> Auch Petzold (vgl. 1986b, 361 ff.) betrachtet das Leib-Selbst als primäre Struktur, die er von der sekundären Struktur des Ich sowie der tertiären Struktur der Identität unterscheidet, wobei alle drei die Persönlichkeit formieren.

<sup>161</sup> Fuchs (2012, 888) bezieht sich beim Begriff der Ipseität auf Henri (1963).

<sup>162</sup> Die präreflexive Selbstaffektion, die allen Erfahrungen eine unmittelbare Selbstgegenwart, Meinhaftigkeit oder Ipseität verleiht, macht gemäß Fuchs (2015b, 11) auch das Gefühl des Lebendigseins aus: „Wir spüren dieses Gefühl als leiblichen Hintergrund all unserer Erfahrung – etwa als vage Spannung oder Entspannung, Unruhe oder Ruhe, Frische oder Müdigkeit, Vitalität oder Erschöpfung.“



Des Weiteren schließt das primäre Erleben die sensomotorische Beziehung zwischen dem erlebenden Subjekt und der Umwelt mit ein. Diese ist – so Fuchs’ Bezugnahme auf Merleau-Ponty – durch den Leib und seine habituellen Vermögen vermittelt. Aufgrund der strukturellen Koppelung des subjektiven Leibes mit der komplementären Umgebung wird das basale Selbst zu einem „ökologischen Selbst“.<sup>163</sup> Weil jene Dimension des Selbst so eng an die Interaktionen mit der Umwelt gebunden ist, fallen die Selbst- nicht zwingend mit den Körpergrenzen zusammen.<sup>164</sup>

Entwicklungspsychologisch betrachtet, reichen die Dimensionen des primären leiblichen und des ökologischen Selbst bis in die pränatale Zeit zurück, denn der Fötus steht bspw. bereits ab dem dritten Monat in einem vielfältigen sensomotorischen Kontakt mit seiner Umwelt.

Das basale Selbst entwickelt sich aber nicht nur durch die sensomotorischen Interaktionen mit der Umwelt, sondern in den ersten Lebensmonaten konstituiert es sich durch die zwischenleiblichen Beziehungen auch als „soziales Selbst“ (ebd., 889 f.). Da Babys über ein angeborenes intermodales Körperschema verfügen, sind sie z.B. schon kurz nach der Geburt in der Lage, mimische Bewegungen von Erwachsenen nachzuahmen.<sup>165</sup> Über die zuerst nur körperliche Nachahmung entwickelt sich allmählich eine emotionale Resonanz mit den Bezugspersonen. Diese Art des wechselseitigen Verstehens auf der Basis der leiblichen Kommunikation und Empathie entspricht dem, was weiter oben mit Merleau-Pontys Begriff der Zwischenleiblichkeit erfasst wurde.<sup>166</sup>

<sup>163</sup> Mit dieser Begriffswahl nimmt Fuchs (2012, 889) auf Neisser (1988) Bezug.

<sup>164</sup> An dieser Stelle sei an Merleau-Pontys (1966) Ausführungen zum Körperschema erinnert: Beim geübten Gebrauch von Werkzeugen oder Instrumenten schließen sich diese an das Körperschema an bzw. sie werden zu Teilen des fungierenden Leibes (vgl. II 3.1).

<sup>165</sup> Fuchs (2012, 889) verweist in diesem Kontext auf die in der Säuglingsforschung sehr bekannten Untersuchungen von Meltzoff/Moore (1977; 1989).

<sup>166</sup> Wie sich das Selbst im Rahmen früher sozialer Interaktionen herausbildet, untersucht Stern (2007) ausführlich. Stern (vgl. im Folgenden: ebd., VII ff.; Hervorhebungen C.J.) beschreibt verschiedene Niveaus des Selbstempfindens. Er versteht sie nicht nur als sukzessive Phasen, sondern als weiterbestehende simultane Bereiche der Selbsterfahrung, die das ganze Leben über aktiv bleiben. Es handelt sich um: das *Empfinden eines auftauchenden Selbst*, 0 – 4 Mte. (Herausbildung von Organisation in der Psyche); das *Empfinden eines Kern-Selbst*, ca. ab dem 3. Mt. (Urheberschaft des Selbst, Selbst-Kohärenz, Kontinuität des Selbst, Selbst-Affektivität) und das *Empfinden eines Kern-Selbst in Gemeinschaft mit dem Anderen* (trotz der Selbst-Andere-Unterscheidung gibt es kein unabhängiges Funktionieren und Entwickeln); das *Empfinden eines subjektiven Selbst*, 7 – 9 Mte. (das Kind entdeckt, dass es ein Seelenleben besitzt und dies auf andere Personen ebenfalls zutrifft); das *Empfinden des verbalen Selbst*, um das 2. L.J. (das Kind beginnt, Erfahrungen und Objekte in der Vorstellung zu repräsentieren und sich in der sozialen Interaktion mit Worten darauf zu beziehen). – Als 5. Stufe ergänzt Stern später das *narrative Selbst*, 3. – 4. L.J. (entspricht der Fähigkeit, persönliche Erlebnisse und Motive in einer kohärenten Geschichte zu organisieren).

#### *IV 3.2.1.2 Das erweiterte oder personale Selbst*

Während erste Stufen des primären Selbsterlebens schon in der Pränatalzeit erscheinen und sich im Laufe des ersten Lebensjahrs immer weiter differenzieren, entwickelt sich das erweiterte, personale oder reflexive Selbst erst ab dem 2. bis 4. Lebensjahr (ebd., 890). Offenkundig wird es am Phänomen des Spiegels: Ein Kind von 18 bis 22 Monaten begreift, dass das Spiegelbild es selbst zeigt und dass das Spiegelbild nur virtuell bzw. „als ob“ ist (Fuchs 2002, 241). Sich als Spiegelbild erfassen zu können, bedeutet, sich aus der Perspektive der Anderen zu sehen und sich mehr und mehr der eigenen Erscheinung in der Öffentlichkeit bewusst zu werden (ebd.).

Das personale Selbst ist durch mehrere, eng miteinander verknüpfte Fähigkeiten gekennzeichnet (im Folgenden: Fuchs 2012, 890): Durch die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme können andere als intentionale Agenten verstanden und ihre Perspektive nachvollzogen werden. Ein introspektives oder reflexives Selbstbewusstsein entspricht der Fähigkeit zu einem höherstufigen Bewusstsein der eigenen Zustände und Erlebnisse. Dank der narrativen Identität können die eigenen Erfahrungen verbalisiert und zu kohärenten Geschichten verknüpft werden. Die Entwicklung des Selbstkonzepts bezeichnet das begriffliche und autobiografische Wissen von sich selbst.

Allen genannten Fähigkeiten im Zusammenhang mit dem erweiterten Selbst ist eine intersubjektive und reziproke Struktur eigen. Das personale Selbst „[...] konstituiert sich durch die fortwährende Beziehung zu anderen, in der Verknüpfung einer primär leib-zentrierten und einer sekundär allozentrischen Perspektive, die von einer übergeordneten ‚exzentrischen Position‘ aus integriert werden [...]“ (ebd., 890 f.; mit Bezugnahme auf Plessner 1975).

Trotz der komplexen Struktur bleibt das erweiterte Selbst aber immer vom präreflexiven Selbst-Gewahrsein abhängig: „Nur ein Wesen mit einem primären Selbsterleben ist in der Lage, sich selbst aus der Sicht der anderen zu sehen, Geschichten von sich zu erzählen und ein Selbstkonzept zu entwickeln“ (Fuchs 2012, 891).

#### *IV 3.2.1.3 Ergänzung zum erweiterten Selbst: das Selbstkonzept*

Auf den Begriff des Selbstkonzepts, dem u.a. in der akademischen Psychologie eine große Bedeutung zukommt, gehe ich nachkommend mit Bezugnahme auf verschiedene Autoren näher ein. Das Selbstkonzept ist mit ressourcenorientierten Sichtweisen vereinbar (vgl. Greve 2000c), wie ich weiter unten ausführen werde.

Als Wegbereiter der Selbstkonzeptforschung gilt William James (Müller 2011, 16). Durch die von ihm beschriebene Unterscheidung in ein „ich“ und ein „mich“ („I“ und „me“), ergibt sich eine Art Verdoppelungseffekt des Selbst: „Mein ganzes Selbst ist [...] gleichsam verdoppelt: einerseits zum Bewußtsein Kommendes, andererseits Bewußtsein Habendes, einerseits Objekt, andererseits Subjekt, muß es zwei unterschiedliche Aspekte in sich vereinigen, von denen wir der Kürze halber den einen als *Mich*, den anderen als *Ich* bezeichnen wollen“ (James 1893/1909, 174; zit. n. Ludwig-Körner 1992, 24 f.; Hervorhebung im Original).

Allgemein ausgedrückt, steht der Begriff „Selbstkonzept“ für die Sichtweisen von Menschen über sich selbst, d.h. für ihre diesbezüglichen Einschätzungs- und Bewertungsprozesse.<sup>167</sup> Eine in der neueren psychologischen Literatur gängige Definition stammt von Mummendey (1990, 79; im Original z.T. mit Hervorhebung), der das „Selbstkonzept“ als „[...] die Gesamtheit der auf die eigene Person bezogenen Beurteilungen [...]“ bestimmt, wobei seines Erachtens körperliche und psychische Merkmale aller Art beurteilt werden. Greve (im Folgenden: 2000b, 18 ff.) ordnet die selbstbezogenen Phänomene in ein dreidimensionales Modell ein, das es ermöglicht, die theoretische Vielfalt bestehender Selbstkonzepte zu vergleichen und zu analysieren: Neben der zeitlichen Dimension – eine Person kann über ihr aktuelles Selbst, über selbstbezogenes Wissen aus der Vergangenheit (Biografie) sowie über Erwartungen und Möglichkeiten für die Zukunft reflektieren –, bezieht sich eine zweite Dimension auf die Unterscheidung zwischen realem und möglichem Selbst: Individuen nehmen ihr reales Selbst wahr, schätzen es ein und bewerten es; zugleich haben sie Vorstellungen und Wünsche, wie ihr Selbst sein könnte oder sollte. Der Aspekt der Bewertung bildet eine dritte Dimension zur Klassifizierung der Inhalte des Selbst. Er kann sowohl einen kognitiv-deskriptiven als auch einen emotional-evaluativen Charakter haben.

Dem Selbstkonzept kommt des Weiteren eine sog. „verhaltensregulative Funktion“ zu: Es bestimmt u.a., welche Aufgaben eine Person sich zutraut oder wie sie sich in sozialen Beziehungen präsentiert (vgl. Valkanover 2015, 31). Dies ist dadurch zu erklären, dass die im Selbstkonzept gebildeten Vorstellungen Folgeerwartungen oder -annahmen auslösen. D.h., neue selbstbezogene Informationen oder Erfahrungen werden auf Grundlage des Selbstkonzepts selektiv wahrgenommen (vgl. Laskowski 2000, 23).

---

<sup>167</sup> Es sei angemerkt, dass eine Begriffsabgrenzung zu anderen Kategorien wie Selbstbild, Selbstschema, Selbstmodell oder Selbsttheorie in der Fachliteratur häufig unklar ist (vgl. Laskowski 2000, 13). Diese Problematik diskutiere ich hier nicht weiter.

Aus der Lebensspannenperspektive wird, was die Selbstkonzepte Erwachsener anbelangt, eine Kombination aus Veränderbarkeit und Stabilität angenommen. Wie diese Verbindung von Stabilität oder Wandel beim erwachsenen Selbst verstanden werden kann, erörtert Greve (vgl. 2000c, 96 ff.). Seines Erachtens ist hinter der scheinbaren Statik des Selbstkonzepts eine hohe Anpassungs- und Wandlungsfähigkeit des Selbst erkennbar, welche die Stabilität über die Lebensspanne hinweg sichert, ohne dabei die Wirklichkeit völlig zu missachten (vgl. ebd., 98 f.). Dies bedeutet, dass Erwachsene dazu in der Lage sind, auf Unvermeidliches oder Unabänderliches einsichtig (und nicht defensiv) zu reagieren und dabei zugleich den Kern des Selbstbildes zu bewahren (ebd., 108). So lange wie möglich erreicht das erwachsene Selbst dies durch einen flexiblen Widerstand oder, falls erforderlich, durch eine im Kern konservative Anpassung, bei der zentrale Annahmen nicht zur Disposition gestellt werden (ebd.).

Aufgrund jener Fähigkeit zur flexiblen Anpassung hat das Selbstkonzept Erwachsener Greve zufolge daher die Potenz, als Handlungsregulativ wirklich zu nützen und außerdem das Gefühl der Identität und Kontinuität zu sichern (ebd., 109). Seiner Meinung nach zeigen sich Parallelen zum Konzept der Resilienz, was das Aufrechterhalten oder das effiziente Wiederherstellen von Ressourcen, Kapazitäten und Funktionen angesichts faktischer Belastungen betrifft (ebd.).

#### **IV 3.2.2 Eine neurowissenschaftliche Sichtweise: Antonio Damasio Selbst-Modell**

In den aktuellen psychiatrischen Diskursen kommt den Neurowissenschaften eine zunehmende Bedeutung zu. Auch aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, ein entsprechendes Modell des Selbst heranzuziehen. Deshalb gehe ich auf Damasio (2009; 2011) ein, der ein dreistufiges Modell des Selbst entwirft. Wie an früherer Stelle angedeutet, postuliert er eine Verankerung der höheren Formen des Selbst in den körperlich-organismischen Prozessen sowie eine Vernetzung der verschiedenen Formen des Selbst.<sup>168</sup>

Damasio (vgl. im Folgenden: 2011, 193) geht von der Hypothese aus, dass das Selbst stufenweise aufgebaut wird. Auf der einfachsten Stufe erwächst es aus dem Gehirnteil, der den Organismus vertritt (das Proto-Selbst), und besteht aus einer Ansammlung von Bildern, die relativ stabile Aspekte des Körpers beschreiben und spontane („ursprüngliche“) Gefühle

---

<sup>168</sup> Auf Damasio's Theorien wird in körperpsychotherapeutischen Kontexten mittlerweile vielfach Bezug genommen. Allerdings sind seine Theorien – z.B. die Begründung des menschlichen Bewusstseins – nicht unumstritten. So wird u.a. der hypothetische Charakter der Standpunkte kritisiert wie auch Damasio's naturalistische bzw. materialistische Position in Bezug auf das Körper-Geist-Problem (vgl. z.B. Perler 2012, o.S.).

des lebenden Körpers erzeugen. Als nächste Stufe entwickelt sich das Kern-Selbst, indem zwischen dem Organismus – wie er im Proto-Selbst repräsentiert ist – und jedem Gehirnteil, der ein zu kennendes Objekt repräsentiert, eine Beziehung aufgebaut wird. Das autobiografische Selbst entsteht als dritte Stufe, wenn mehrere Objekte, die zuvor als erlebte Erfahrung bzw. als antizipierte Zukunft aufgezeichnet wurden, mit dem Proto-Selbst in Wechselbeziehung treten und eine Fülle von Kern-Selbst-Pulsen erzeugen.<sup>169</sup>

Auf die drei Ebenen des Selbst gehe ich im Folgenden genauer ein.

Gemäß Damasio können beim Menschen zunächst eine einfachere und eine komplexere Form des Bewusstseins unterschieden werden, denen zwei Arten des Selbst entsprechen: „Kernbewusstsein“ und „Kern-Selbst“ sowie „erweitertes Bewusstsein“ und „autobiografisches Selbst“ (vgl. hier und im Folgenden: Damasio 2009, 28 ff.).

Das Kernbewusstsein, das für jeden Inhalt, dessen wir uns bewusst werden, pulsierend immer wieder neu erzeugt wird, stattet den Organismus mit einem Selbstsinn aus, der für einen Augenblick (jetzt) und für einen Ort (hier) gilt. Jener Selbstsinn stellt somit ein flüchtiges Phänomen dar und wird für jedes Objekt, mit dem das Gehirn interagiert, neu erschaffen (ebd., 30).<sup>170</sup> Das Kern-Selbst geht, anders ausgedrückt, aus dem vorsprachlichen Wissen von der Welt und unseren Wechselwirkungen mit ihr hervor. Es meint das erkennende Gefühl, dass man selbst es ist, der/die sieht oder hört oder tastet (ebd., 40). Durch das flüchtige, aber unablässig gefühlte Kern-Selbst weiß die Person, dass sie existiert und Protagonistin im Erkenntnisakt ist (ebd., 208).

Das erweiterte Bewusstsein – ein komplexes Phänomen mit vielen Abstufungen – vermittelt dem Organismus hingegen einen höheren Selbstsinn, d.h. Identität, Personalität bzw. ein Ich (ebd., 29). Es verortet ihn an einem bestimmten Punkt in der individuellen historischen Zeit (ebd.). Damasio spricht hier vom „autobiografischen Selbst“, das auf den systematischen Erinnerungen an Situationen beruht, in denen dem Kern-Selbst die grundlegenden Ereignisse im Leben des Organismus zur Kenntnis gelangt sind (z.B. wo und wann man geboren ist, was man mag und was nicht, wie man generell auf bestimmte

---

<sup>169</sup> Die folgenden neurologischen Korrelate können zu den drei Selbst-Ebenen genannt werden: Die unterste Bewusstseinsstufe, das Proto-Selbst, ist im Hirnstamm lokalisiert, während das Kern-Selbst durch Hirnstrukturen gebildet wird, die tief im Inneren des Gehirns liegen (Gyrus cinguli, Thalamuskern, Colliculi superiores); das autobiografische Selbst, das als höchste Bewusstseinsstufe die tiefer gelegenen Ebenen voraussetzt, umfasst die Rindenfelder des Neocortex und den Hippocampus (d.h., die am spätesten entwickelten Hirnregionen) (vgl. Damasio 2009; vgl. auch Hell o.J., 4 f.). – Im Weiteren verzichte ich darauf, auf die neurologischen bzw. die neurophysiologischen Erklärungshintergründe einzugehen, da sie im Rahmen meiner Arbeit nicht relevant sind.

<sup>170</sup> Damasios Überlegungen im Zusammenhang mit dem Kernbewusstsein gehen davon aus, dass Organismus und Objekt sowie ihre Beziehung zueinander dergestalt eine Rolle spielen, dass der Organismus Bezüge zu Objekten herstellt, die wiederum den Organismus verändern.

Probleme reagiert etc.) (ebd., 30). Im autobiografischen Gedächtnis erfolgt die organisierte Aufzeichnung der unzähligen biografischen Aspekte. Insofern stimmt diese Ebene des Selbst mit dem „traditionellen“ Selbstbegriff überein, der üblicherweise mit der Idee der Identität verknüpft ist, d.h. mit dem dauerhaften Bestand besonderer Fakten, Verhaltens- und Existenzweisen, die einen Menschen charakterisieren (ebd.).

Wie oben erwähnt, geht Damasio von einer noch „tieferen“ biologischen Wurzel des Selbst aus und bezeichnet diese als „Proto-Selbst“: „Nach meiner Auffassung hat der Selbst-Sinn einen vorbewussten biologischen Vorläufer, das *Proto-Selbst*. Diese frühesten und einfachsten Manifestationen des Selbst treten auf, wenn Mechanismen, die das Kernbewusstsein hervorbringen, auf diesen nichtbewussten Vorläufer einwirken. *Das Proto-Selbst besteht aus einer zusammenhängenden Sammlung von neuronalen Mustern, die den physischen Zustand des Organismus in seinen vielen Dimensionen ständig abbilden*“ (ebd., 187; Hervorhebungen im Original).

Zu der Herausbildung eines Proto-Selbst führt m.a.W. die Verarbeitung mannigfaltiger interozeptiver und propriozeptiver Signale aus dem Körper, die sich auf das System des inneren Milieus und der Viszera, auf das Vestibularsystem und auf das System des Bewegungsapparats sowie des Feintastsinns beziehen (vgl. ebd., 182 ff.).

Dadurch, dass Damasio die Stabilität des Körperinneren als Referenzpunkt wählt, begründet er eine Basis des Selbst, die durch zeitliche Kontinuität und Selbigkeit charakterisiert ist. Seines Erachtens gelten die Konstanz des inneren Milieus nämlich als entscheidender Faktor für die Erhaltung des Lebens und die entsprechenden Körperrepräsentationen als Musterbeispiel der Stabilität (ebd., 166 f.).

Damasio zufolge funktionieren die höheren Formen des Selbstsinns nicht ohne die jeweils tieferen: Demgemäß ist der Mechanismus des Kern-Selbst auf das Vorhandensein des Proto-Selbst angewiesen, während das autobiografische Selbst wiederum von der Existenz des Kern-Selbst abhängt, um sich schrittweise entwickeln zu können (vgl. ebd., 212).

Für meine Untersuchung ist Damasios Theorie aus der Perspektive der affektiven Neurowissenschaften von Interesse, da durch sie die leibphänomenologischen Sichtweisen des Selbst bestätigt werden. So beschreibt Damasio bspw. in einem ähnlichen Sinn, wie dies im Zusammenhang mit dem Begriff der Selbstaffektion erfolgt, dass der auf das Objekt gerichtete intentionale Bogen in ein körperlich-affektives Hintergrundbewusstsein eingebettet ist (vgl. Fuchs 2015c, 326; Übersetzung C.J.).

Darüber hinaus kann Damasios mehrstufiges Selbst-Modell Impulse hinsichtlich der Konzipierung der Selbstsorge geben: Das Proto-Selbst, das Damasio in den neuronalen

Mustern zum physischen Zustand des Organismus begründet sieht, verweist auf selbstregulative Prozesse, die somit auch in der Selbstsorge eine Rolle spielen. Bezieht man sich auf die Kernselbst-Ebene, ist die Selbstsorge situations- und momentbezogen aufzufassen, indem sie sich auf das Hier und Jetzt ausrichtet. Eine Bezugnahme auf die Ebene des autobiografischen Selbst impliziert, dass die Selbstsorge sich am Dauerhaften und am über das Hier und Jetzt Hinausreichenden orientieren sollte.

#### **IV 3.2.3 Selbst-Leib-Verhältnisse**

Aus einer entwicklungsbezogenen Perspektive habe ich oben drei mit der Leiblichkeit verbundene Dimensionen des basalen Selbst beschrieben (vgl. IV 3.2.1.1): Indem ich mich wahrnehmend auf einen Gegenstand richte und zugleich meines Wahrnehmens inne bin, besteht eine elementare Selbstgegebenheit, Selbstbezüglichkeit oder „Selbstreferenzialität“ (Fuchs 2000a, 272; mit Bezugnahme auf Blankenburg 1991). Aufgrund des Weltbezugs bzw. des leiblichen Zur-Welt-Seins hat das Selbst eine ökologische Dimension. Der Aspekt des sozialen Selbst meint die ursprüngliche Zwischenleiblichkeit.

Im Zusammenhang mit den Positionen der Leibphänomenologie ergeben sich ebenfalls Konsequenzen in Bezug auf das Verständnis des Selbst, die ich in Kapitel II dargestellt habe. Ich erinnere u.a. an Folgendes: Durch die leibliche Verfasstheit wird eine Alterität oder Fremdheit des eigenen Selbst bedingt, d.h. ein Fremdbezug im Selbstbezug. Als spezielle Form des Selbsterlebens ist uns desgleichen aber auch eine spürbare Selbstgewissheit gegeben. Überdies ist das Selbst aus leibphänomenologischer Sicht durch leibliche Dispositionen geprägt, ist in der unmittelbaren leiblichen Erfahrung aber zugleich gegenwärtig und veränderbar.

Nun ist es so, dass bei Erwachsenen kein Zusammenfallen von Selbst und Leib angenommen werden darf. Stattdessen zeichnen sich äußerst komplexe Selbst-Leib-Verhältnisse ab. Mit Blankenburg/Haltenhof (vgl. hier und im Folgenden: 1995, o.S.) gehe ich diesen Verhältnissen nach und diskutiere u.a. die Frage, inwieweit die Leiblichkeit das Selbst konstituiert und sie – sekundär – wiederum durch das Selbst konstituiert wird. Dies ist im Rahmen meiner Untersuchung auch deshalb von Interesse, weil eine harmonische Beziehung zwischen Selbst und Leib als gesundheitsrelevant gilt.

Unter „Selbst“ verstehen Blankenburg/Haltenhof, wie an früherer Stelle erwähnt, die gesamte Subjektivität des Menschen, mit der ihr eigentümlichen Rückbezüglichkeit. Mit dem Begriff „Leib“ bezeichnen sie den belebten Körper, wenn er sich zumindest partiell als Organ des seelischen Erlebens erweist.

Die Autoren differenzieren verschiedene Facetten des Selbst-Leib-Verhältnisses: Zunächst gelten Selbst und Leib nicht als unabhängige Einheiten, sondern ihr Verhältnis weist eine reflexive Struktur auf (z.B. im Befinden). Des Weiteren: Der Leib spricht schon vor der Herausbildung eines Selbst und auch nach dessen Verstummen. In der Entwicklung tritt das Selbst – als ein sich in Stufen entfaltendes Organisationsprinzip – dann quasi aus dem Leib heraus und gewinnt ihm gegenüber eine relative Autonomie. „Bis zu einem gewissen Grade wird der Leib sogar vom Selbst abhängig, soweit auch die rein leibliche Gesundheit auf ein intaktes, umsichtig sich artikulierende Selbst angewiesen bleibt“ (ebd.). Pointiert ausgedrückt, bedingen die Integrität des Leibes und die Intaktheit des Selbst einander wechselseitig. Der Ersteren wird, im Sinne einer asymmetrischen Beziehung, jedoch die größere Bedeutung beigemessen.

Unter Bezugnahme auf frühere Ausführungen Blankenburgs stellen Blankenburg/Haltenhof (ebd.) in Form von polaren Kontrastierungen acht kategoriale Zugangsweisen zum Leib heraus: 1. Der Körper bedingt einerseits psychisches/psychopathologisches Geschehen, andererseits ermöglicht er es, indem er sich als Organ für das Selbst zur Verfügung stellt. Aus dem „Körper“ wird dadurch ein „Leib“. 2. Der Leib ist das uns Nächste, denn ich „bin“, andererseits ist er das uns Fernste, stets Übergangene. 3. Der Leib ist einerseits anonyme Quelle verschiedenartigster Empfindungen, andererseits ist er Lokalisationsfeld präzise lokalisierbarer Körperwahrnehmungen. 4. Einerseits trägt der Leib, andererseits lastet er bzw. ist für das Subjekt eine Last. 5. Der Leib dient einerseits als Ausdrucks- oder Selbstdarstellungsorgan und ist andererseits das Organ des Beeindruckt-Werdens, d.h. Resonanzkörper für Eindrücke, die von außen kommen. 6. Der Leib ermöglicht einerseits Intentionalität, andererseits schränkt er sie ein. 7. Der Leib ist einerseits intersubjektiv konstituiert und gesellschaftlich geprägt, andererseits konstituiert er selbst Intersubjektivität (der Leib als Artikulation zwischen Selbst und Welt bzw. Mitwelt). 8. Der Leib kann wie in der Hypochondrie einerseits zu einer Art Partner-Ersatz werden, andererseits kann er aber auch zu einem eigenständigen, „weisen“ Gesprächspartner werden.<sup>171</sup>

Eine harmonische Beziehung zwischen Selbst und Leib verlangt gemäß Blankenburg/Haltenhof schließlich sowohl die Ermöglichung des Selbst durch den Leib als auch die Akzeptanz des Leibes durch das Selbst. Letzteres meint die Kenntnis, das Erspüren,

---

<sup>171</sup> Blankenburg/Haltenhof (1995, o.S.) merken in diesem Kontext an, dass in anderen Kulturen als der westlichen ein ganz anderes Verhältnis zum Leib möglich ist, und verweisen u.a. auf die Leib-Konzeptionen in den älteren Traditionen Indiens und des Fernen Ostens.



die Beachtung und die Berücksichtigung des Leibes und seiner Signale auf einer bewussten, vorbewussten oder auch unbewussten Ebene. Ein gelingendes Selbst-Leib-Verhältnis hängt zudem von der Lebendigkeit des Dialogs zwischen beiden ab. Hierbei geht es um die Frage, ob das Selbst aus den vielfältigen Möglichkeiten, den Leib zu erleben oder sich ihm gegenüber zu verhalten, flexibel – also je nach Situation angemessen – „auswählen“ kann.

#### **IV 3.2.4 Der Selbstbegriff von Donald W. Winnicott**

Winnicotts Begriff des Selbst ist aus mehreren Gründen untersuchungsrelevant. Zunächst weist er eine Gesundheitsorientierung auf. Die jedem Menschen innewohnende Tendenz zu Gesundheit und entwicklungsmäßiger Reife werden in Winnicotts Schriften generell betont (vgl. Tiedemann 2007, 269). Das Selbst zählt dabei zu den wesentlichen Gesundheitsfaktoren (vgl. Davis/Wallbridge 1983, 52).<sup>172</sup> Vor allem die Konzepte des „wahren“ und „falschen“ Selbst sind in dieser Hinsicht bedeutsam. Außerdem weisen Winnicotts Selbstbegriff und der Leib-Begriff deutliche Parallelen auf (vgl. Seewald 2000).

Winnicotts Überlegungen zum Selbst darzustellen, ist allerdings nicht einfach, denn es handelt sich um keine geschlossene Theorie des Selbst (Ludwig-Körner 1992, 222). Es zeigen sich in dieser Hinsicht Widersprüchlichkeiten oder auch ein Wandel der Vorstellungen.<sup>173</sup> Aus diesem Grund erfolgt zuerst eine Annäherung an den Selbstbegriff, indem ich auf die Bedeutung eingehe, die Winnicott der versorgenden Umwelt in der frühen Kindheitsentwicklung zumisst (vgl. IV 3.2.4.1). Dazu beschreibe ich, welche Art der Entwicklung vom zentralen Selbst ausgeht. Kapitel IV 3.2.4.2 ist der Entstehung des wahren Selbst – es wird mit der Erfahrung des Lebendig-Seins und der Spontaneität gleichgesetzt – sowie der entsprechenden Abwehrorganisation, dem falschen Selbst, gewidmet. Beide Konzepte sind, wie eingangs gesagt, in Bezug auf die Gesundheit wesentlich. Der von Winnicott postulierte stumme Kern des wahren Selbst, der Parallelen zur Leiblichkeit aufweist, wird in Kapitel IV 3.2.4.3 behandelt. Abschließend resümiere ich die untersuchungsrelevanten Aspekte und diskutiere die Aktualität von Winnicotts Auffassung des Selbst (vgl. IV 3.2.4.4).

---

<sup>172</sup> Laut Davis/Wallbridge (vgl. hier und im Folgenden: 1983, 19 f.) war Winnicott der Überzeugung, dass das Leben unter entwicklungsfördernden Umweltbedingungen für jeden Menschen schöpferisch und wertvoll sein könne; jeder Mensch könne potenziell zu physischer und emotionaler Reife gelangen und einen positiven Beitrag zur Gesellschaft leisten. Insofern lag für Winnicott Freuds Vorstellung fern, menschliche Wesen würden schon mit dem Keim zur eigenen Zerstörung geboren.

<sup>173</sup> Stork (vgl. 1983, 9) deutet entsprechende Widersprüchlichkeiten oder die nicht genau definierten Begriffe positiv: Winnicott gebe kein vereinfachendes, geordnetes System vor und mache deutlich, dass die Psychoanalyse stets ein subjektivistisches, d.h. intuitives und gefühlsmäßiges, Element beinhalte (ebd.).

*IV 3.2.4.1 Annäherung an Winnicotts Selbstbegriff: Versorgung durch die Umwelt und die vom zentralen Selbst ausgehende Entwicklung*

Um eine Annäherung an Winnicotts Selbstbegriff zu ermöglichen, zeichne ich einige seiner grundlegenden Annahmen nach, die er im Zusammenhang mit der frühesten Entwicklung des Kindes und dessen Versorgung durch die Umwelt entwirft. Dieser Kontext ist für das weitere Verständnis wesentlich.

Für Winnicott steht am Anfang nicht das Individuum, sondern ein Gefüge aus Individuum und Umwelt. Der Schwerpunkt des Seins liegt somit im Gesamtgefüge von Mutter und Kind (vgl. Winnicott 1983, 130). Von der mütterlichen Umwelt ist der Säugling absolut abhängig.<sup>174</sup> Aus diesem Grund bedarf es einer ausreichend guten Bemutterung, damit sich beim Säugling ein fortdauerndes Sein, d.h. eine kontinuierliche Seinslinie bzw. eine Lebenslinie herausbilden kann. Diese stellt die grundlegendste Eigenschaft der frühen Entwicklung dar. Umgekehrt darf es in dieser Entwicklungsphase nur ein Minimum an Störungen seitens der Umwelt geben, da ansonsten eine Zerstückelung der Linie der Seinskontinuität und – in der Folge dessen – z.B. massive Vernichtungsängste drohen (vgl. Stork 1983, 15 f.).

In späteren Entwicklungsphasen, wenn zwischen Kind und Mutter nur noch eine „relative Abhängigkeit“ (Winnicott 2001, 111) besteht, werden die Versagungen der mütterlichen Umwelt zunehmend wichtig. Ein „abgestuftes“ Versagen der anfänglich fast vollkommenen Anpassung der Umwelt wird unumgänglich, damit die Verschmelzung aufhören und die Autonomie des Kindes beginnen kann (ebd., 112).

Wie entwickelt sich am Anfang der menschlichen Entwicklung nun ein Selbst?

Winnicott postuliert ein zentrales Selbst – von ihm auch als „potentielles wahres Selbst“ bezeichnet –, das primär ist und das später zum Kern des Selbst wird (vgl. Davis/Wallbridge 1983, 52). Es handelt sich um ein ererbtes Potenzial, das zur Entfaltung jedoch, wie oben beschrieben, der fördernden Umwelt bedarf: „Man könnte sagen, das zentrale Selbst sei das ererbte Potential, das eine Kontinuität des Seins erlebt und auf seine eigene Weise und in seiner eigenen Geschwindigkeit eine personale psychische Realität und ein personales Körperschema erwirbt“ (Winnicott 2001, 59).

Dieses primäre Selbst wird unter einem Wachstumsaspekt begriffen. Laut Winnicott beginnt die Entwicklungsdynamik des Selbst bereits vorgeburtlich und hinter „[...] diesem

---

<sup>174</sup> Winnicotts Setzung der Mutter als zentraler Bezugsperson wurde verschiedentlich kritisiert. Gemäß Sesink (2002, 145) sind die Begriffe „Mutter“, „Umwelt“ und „Objekt“ in Winnicotts Terminologie aber weitgehend gleichbedeutend: Es gehe eigentlich immer um die gesamte Umwelt, in die ein Kind hineingeboren werde und mit der es sich im Laufe seines Lebens auseinandersetzen müsse.

„Fortschritt“ steht ein biologischer Drang“ (Winnicott 1983, 187).<sup>175</sup> Die Reifungsprozesse, die vom zentralen Selbst ausgehen, bewirken, dass die Ich-Integration<sup>176</sup>, die Objektbeziehungen und die triebgesteuerten Impulse des Kindes sich allmählich entfalten bzw. vorangetrieben werden (vgl. ebd.; vgl. Winnicott 2001, 315 f.).

#### *IV 3.2.4.2 Wahres und falsches Selbst*

Das „wahre“ und das „falsche“ Selbst gelten als eine weitere Errungenschaft der ersten Lebenszeit. In diesem Zusammenhang kommt der sog. primären Aggression – sie besitzt eigene Wurzeln und ist nicht etwa nur die Reaktion auf ein frustriertes Triebbedürfnis – eine wichtige Bedeutung zu (vgl. Auhser-Mihm 2003, 7). Die Motilität des Fötus bzw. des Säuglings stellt die früheste Ausdrucksform dieser Art von Aggression dar: „Schon vor der ersten Fütterung, zu einem Zeitpunkt, zu dem die Ich-Organisation noch unreif ist, hat das Kind eine reiche Erfahrung mit Motilitätserlebnissen. Jede Motilität wendet sich nach außen und stößt auf Widerstand. Hiermit wird die Motilität zur Aggression“ (Stork 1983, 14).

Im Falle einer ungestörten Entwicklung bildet sich ein Muster, durch das der Fötus die Umwelt aufgrund seiner Motilität ständig entdecken und wiederentdecken kann. Solche Erlebnisse tragen dazu bei, dass sich „[...] das neue Individuum im Mittelpunkt entwickelt [...]“ (Winnicott 1983, 102). Hingegen führen Übergriffe der Umwelt dazu, dass der Fötus – und später das Baby – auf die Übergriffe reagieren muss, anstatt individuelle Erlebnisse zu haben. Eine individuelle Existenz ist dann nur noch in einem Rückzug auf die Ruhe möglich (ebd.). Und wenn nicht einmal mehr das möglich ist, entwickelt sich das Individuum „[...] als Erweiterung der Schale und nicht des Kerns, und als Erweiterung der übergreifenden Umwelt“ (ebd.).<sup>177</sup>

Im Anschluss an das oben Ausgeführte sind Winnicotts Bestimmungen des wahren und falschen Selbst nun leicht nachvollziehbar:

Eine hinreichend gute Bemutterung bewirkt nämlich auch, dass der Säugling in seinen Gesten periodisch einem spontanen Impuls Ausdruck verleihen kann (Winnicott 2001, 188). Für Winnicott ist diese „[...] Quelle der Geste [...] das wahre Selbst, [...] die Geste zeigt

---

<sup>175</sup> Winnicott (1983, 187) spricht in diesem Kontext auch von „Voranschreiten“ oder „Progression“. – Davis/Wallbridge (1983, 53) erkennen hierin eine Nähe zu Freuds Begriff des „Es“, denn das zentrale Selbst stellt ebenfalls eine Quelle der Energie und Spontaneität dar.

<sup>176</sup> Winnicott geht bekanntlich davon aus, dass der Ausgangszustand in der frühen emotionalen Entwicklung ein Zustand der Unintegriertheit und der Depersonalisation ist.

<sup>177</sup> Die Begriffe „Schale“ und „Kern“ beziehen sich auf Winnicotts Vorstellung des sehr frühen Mutter-Kind-Paares, das aus der Sicht des Kindes aus einer einzigen Umhüllung besteht, in der beide enthalten sind. Während der Schwerpunkt des Seins zunächst noch im Gesamtgefüge aus Umwelt und Individuum liegt, kann der Kern durch eine hinreichend gute Umwelt-Versorgung mit der Zeit in das Selbst verlagert werden, sodass das Individuum anfängt zu sein (vgl. Winnicott 1983, 130).

die Existenz eines potentiellen wahren Selbst an“ (ebd., 188 f.). Dadurch, dass die Umwelt sich dem Bewegungsimpuls des Kindes quasi anschmiegt und ihn weder stört noch verformt, entwickelt sich ein Zentrum des ungestörten, ureigenen Erlebens spontaner Bewegung, das letztlich das wahre Selbst bildet (Auhser-Mihm 2003, 8). Somit kommt das wahre Selbst „[...] von der Lebendigkeit der Körpergewebe und dem Wirken von Körperfunktionen, einschließlich der Herzarbeit und der Atmung“ (Winnicott 2001, 193). In der frühen Phase der psychischen Organisation bedeutet es „die Gesamtheit der sensomotorischen Lebendigkeit“ und die „Erfahrung des Lebendigseins“ bzw. der Spontaneität (ebd., 194). Das wahre Selbst nimmt im weiteren Entwicklungsverlauf dann rasch an Komplexität zu. Es bezieht sich zunehmend auf die äußere Realität und befähigt den Säugling z.B. dazu, ohne Traumata auf Reize zu reagieren (ebd.). Für Erwachsene bleibt das wahre Selbst dergestalt von Bedeutung, dass es dazu verhilft, sich real zu fühlen und kreativ zu sein (vgl. ebd., 193).

Welche Konsequenzen hat es, wenn eine Mutter beständig unfähig ist, die Bedürfnisse des Säuglings zu spüren?

Winnicott glaubt, dass die Mutter, die es wiederholt unterlässt, der Geste des Säuglings zu begegnen, stattdessen die eigene Geste einsetzt, die durch ein Sich-Fügen des Säuglings sinnvoll gemacht werden soll (ebd., 189). Seines Erachtens stellt jene Art der Gefügigkeit seitens des Säuglings das früheste Stadium eines falschen Selbst dar (ebd.).

Das falsche Selbst bezeichnet m.a.W. eine differenzierte Abwehrorganisation, die sich anstatt des eigentlichen Individuums entwickelt. Sie kann in mehr oder minder „gesunde“ Formen der Abwehr unterteilt werden (vgl. ebd., 185 ff.).<sup>178</sup> Das Vorhandensein eines falschen Selbst wirkt sich in verschiedener Hinsicht negativ aus und manifestiert sich z.B. in Gefühlen des Unwirklichen oder der Nichtigkeit, in einer erzwungenen falschen Existenz oder im Aufbau eines falschen Systems von Beziehungen (vgl. Stork 1983, 16 ff.).

Zugleich ist in diesem Kontext jedoch Winnicotts Gedanke beachtenswert, dass das falsche Selbst das wahre Selbst verteidigt, verbirgt oder schützt. Insofern stellt auch eine psychische Erkrankung von klinischer Relevanz eine Organisation dar, die das positive Ziel verfolgt, das Individuum trotz abnormer Umweltbedingungen zu bewahren (Winnicott 2001, 186). Bisweilen kann eine „[...] noch so schmerzliche Krankheit, bei der das wahre Selbst

---

<sup>178</sup> An einem Ende dieses Kontinuums steht gemäß Winnicott (vgl. im Folgenden: 2001, 185 f.) ein „Extrem“ in Richtung Krankheit: Das wahre Selbst ist vollständig verborgen und das falsche Selbst wirkt – von außen betrachtet – wie die richtige Person. Es versagt aber in Situationen, in denen die ganze Person erwartet wird (z.B. in Liebesbeziehungen oder Freundschaften). Bei Gesunden – so der andere Pol des Kontinuums – repräsentiert das falsche Selbst die Organisation der gesamten höflichen und gesitteten gesellschaftlichen Haltungen, indem man bspw. sein Herz nicht auf der Zunge trägt.

gut verborgen ist, [...] der einzige gute Zustand [...]“ sein, der einer Person bleibt (Winnicott 1983, 197).<sup>179</sup>

#### *IV 3.2.4.3 Inkommunikables Zentrum und Leiblichkeit des Selbst*

Wie bereits erwähnt, hat Winnicott seine Konzepte des Selbst über die Zeit modifiziert. Seine Auffassung des wahren Selbst ändert sich bspw. im Hinblick auf den aktiven Bezug zur Welt, und zwar dergestalt, dass das wahre Selbst grundsätzlich nicht mit der Welt der wahrgenommenen Objekte kommuniziert (vgl. Stein 1979, 16).<sup>180</sup>

Somit versteht Winnicott den Kern der Persönlichkeit als „[...] ein „*incomunicado*“, das heilig und höchst bewahrenswert ist“ (Winnicott 2001, 245; Hervorhebung im Original). Er nimmt an, dass dieser Kern „[...] niemals mit der äußeren Realität kommunizieren oder von ihr beeinflusst werden darf“ (ebd.).<sup>181</sup> Obwohl das Selbst sich nicht mitteilt bzw. verborgen bleiben muss, möchte es zugleich gefunden werden, d.h. sich mitteilen (vgl. ebd., 244). Jenes Paradox wird verständlicher, wenn man sich vor Augen führt, dass während der Entwicklungsphase der vollkommenen Abhängigkeit des Säuglings „[...] bedeutsame Kontaktaufnahme und bedeutsames Kommunizieren schweigend vor sich [...]“ gehen (ebd., 241). Solche schweigende Kommunikation kann auch als ein gegenseitiges Sich-Finden zwischen Mutter und Kind begriffen werden (Seewald 2000, 296). Das Selbst baut sich demgemäß in der schweigenden Kommunikation auf, im Kern ist es aber schon vorhanden (ebd.).

Das „[...] Konzept von der Isolierung dieses zentralen Selbst [...]“ ist laut Winnicott (2001, 59) für die Gesundheit äußerst relevant. Das schweigende Zentrum des Selbst, dessen Kommunikation „[...] wie die Sphärenmusik, absolut persönlich“ ist, muss seines Erachtens als wesentlicher Aspekt des Gesundseins anerkannt werden (ebd., 252 f.), denn es ist mit dem tiefsten Realitätsgefühl verbunden. Seewald (2000, 296) bietet eine Interpretation des hier gemeinten Gesundheitsbezugs aus der Perspektive der Leiblichkeit: In dem

---

<sup>179</sup> Es kann sogar sein, dass das wahre Selbst lediglich in der Symptombildung, also in einer psychischen (oder auch körperlichen) Erkrankung zutage tritt (Fonagy/Target 2006, 201). Dies ist der Fall, weil es in der frühen Entwicklung auf eben diese Weise existieren konnte (ebd.).

<sup>180</sup> In den frühen theoretischen Fassungen wird das wahre Selbst vorwiegend im Hinblick auf die gelingende Objektbeziehung gesehen, sodass die integrierende Funktion der Aktivität betont ist (vgl. hier und im Folgenden: Stein 1979, 15 f.). „Aktivität“ meint die in Verbindung mit der Motilität beschriebenen aktiven Bewegungen. Sie bewahren den „sense of self“ des Kindes, das sich mit der Umwelt auseinandersetzt. Durch das Postulieren eines inkommunikablen Elements im Zentrum wird nun die Aktivität an andere Bereiche der Persönlichkeit abgetreten, die den Schutz dieses Selbst-Kerns übernehmen.

<sup>181</sup> Ludwig-Körner (1992, 233) bewertet das nicht kommunizierbare Selbst als metaphysischen Begriff, und Stein (vgl. 1979, 59 ff.) verweist auf Parallelen zum Begriffsverständnis des Selbst in indoasiatischen Philosophien, das dort u.a. als vor- oder überindividueller Mittelpunkt der Existenz gilt.

schweigenden Kern des Selbst drückt sich unser leibliches Wissen aus, was für das eigene Wohlbefinden zuträglich ist und was nicht.

Abschließend möchte ich nochmals auf die leibliche Dimension von Winnicotts Selbstbegriff abheben. Sie wird besonders in der Konzipierung des wahren Selbst deutlich, das in seinem Kern als unverfügbar und nicht mitteilbar gilt (vgl. Seewald 2000, 169). Zudem ist die „schweigende Kommunikation“, in der das Selbst sich herausbildet, größtenteils mit dem leiblichen Dialog gleichbedeutend, denn sie bezeichnet Situationen besonderer existenzieller Tiefe, die in den leiblichen Dialog eingebettet sind (ebd., 297 f.).

Zusammengefasst besteht laut Seewald insgesamt eine große Nähe zwischen Winnicotts Selbstbegriff und dem Begriff des Leibes (ebd., 169). Sie zeigt sich in der Erlebnissnähe, der Ich-Transzendenz, der Nähe zum vorgefundenen und zum zu bewohnenden Körper sowie in der existenziellen Konnotation (ebd., 170).

#### *IV 3.2.4.4 Resümee und Reflexionen zu Winnicotts Selbst*

Abgesehen von einer großen Übereinstimmung mit dem Leib-Begriff, können in Bezug auf Winnicotts Selbst zwei Aspekte resümiert werden, die sich nicht völlig zur Deckung bringen lassen. Einerseits entstammt das wahre Selbst der Mutter-Kind-Einheit und wird in der Beziehung zu anderen Menschen erlebt bzw. erfahren. Damit die Motilität oder Aktivität und die kreativen Gesten des Säuglings Raum erhalten und nicht in eine andere Richtung gezwungen werden, bedarf es in der frühen Entwicklungsphase der Gegenwart eines unaufdringlichen Anderen. Ist dies nicht der Fall, entwickelt sich ein falsches Selbst. Andererseits geht Winnicott in einer späteren, m.E. philosophischen Betrachtung von einem zentralen Selbst aus, das schweigt bzw. nicht kommuniziert. Der Mensch kann daher vom Anderen nie ganz „gefunden“, d.h. erkannt werden. Jener stumme oder private Kern des Selbst gilt, wie oben aufgezeigt, als äußerst gesundheitsrelevant.

Eine Schwierigkeit ergibt sich im Zusammenhang mit Winnicotts Selbstbegriff, weil in der Spät- oder Postmoderne nicht nur das Selbst an sich, sondern insbesondere die Konzepte eines wahren und falschen Selbst als zweifelhaft erscheinen (vgl. Schiffer 2006, 14). Abschließend gehe ich daher der Frage nach, inwiefern diesem Konzept dennoch eine Aktualität zukommt.

Zunächst beziehe ich mich auf Dornes (im Folgenden: 2009, 157), der den Standpunkt vertritt, dass das, was das wahre Selbst ausmacht, nicht auf der theoretischen Ebene, sondern nur in klinisch-praktischer Hinsicht befriedigend geklärt werden kann. Er argumentiert, dass der Säugling von Anfang an der Adressat elterlicher Absichten sei, sodass kaum bestimmt

werden könne, wo genau der Säugling anfangs, nicht mehr er selbst zu sein. Hieraus leitet er ab, dass erst, wenn ein Individuum unter Symptomen (z.B. dem Gefühl der inneren Entfremdung) leide, angenommen werden könne, dass sein Gefühlsleben zu stark modifiziert worden sei (ebd.).

Pontalis (vgl. 1977, 189; zit. n. Ludwig-Körner 1992, 236) wählt eine nochmals andere Lesart, indem er die Begriffe „wahr“ und „falsch“ in Verbindung mit dem Selbst nicht als dem Individuum inhärente Qualitäten betrachtet wissen will. Seiner Ansicht nach sollten sie eher zu einer Suche anregen, unter welchen Bedingungen das, was einem Individuum begegnet, Sinn und Leben bzw. Realität gewinnen kann (vgl. ebd.).

Im Zusammenhang mit dem wahren Selbst, so mein Fazit, geht es nicht darum, in einem „essentialistischen“ Sinn einen ursprünglichen Kern der Person zu finden und zu verwirklichen.<sup>182</sup> Aufgrund des „stummen“ Selbstkerns, den Winnicott setzt, kann das Selbst ohnehin nur in seiner Unverfügbarkeit „gefunden“ werden. Und wie Winnicott sagt, sind die spontanen und kreativen Impulse oder Gesten eines Individuums die bestmögliche Annäherung an jenes Selbst.

### IV 3.3 Fazit zum Selbst

Allgemein lässt sich sagen, dass der Begriff des Selbst auch anhand der oben erfolgten Betrachtungen bis zu einem gewissen Grad „schillernd“ bleibt. Meiner Ansicht nach gibt es eine Gesamtbefindlichkeit, durch die der Mensch ein eigenes „Zentrum“ empfindet, das eben als Selbst bezeichnet werden kann (vgl. auch Precht 2007, 70). Sicherlich ist das Selbst keine Substanz, sondern eine dynamische Struktur (vgl. Fuchs 2000a, 292). Es bezeichnet dazu die Subjektivität des Menschen, die in der Leiblichkeit wurzelt, wodurch es bereits eine Selbstbezüglichkeit sowie eine ökologische und soziale Dimension umfasst. Da sich in Bezug auf das Selbst eine tiefe Verwurzelung aller Reflexion im Vorreflexiven zeigt, würde ich Positionen wie derjenigen Mummendeys (vgl. 1990, 78 f.) widersprechen, die davon ausgehen, dass das Selbst eigentlich nur als Begriff von sich selbst, d.h. als Konzept – oder genauer: als Konzepte – von der eigenen Person existiert.

Was bedeuten die dargelegten Theorien des Selbst für mein Konzept der Selbstsorge?

Auf die Gesundheitsaspekte, die mit den jeweiligen Theorien des Selbst verbunden sind, habe ich an früherer Stelle hingewiesen. Sie erlauben es, die Selbstsorge ressourcenorientiert zu begreifen. Besonders bedeutsam ist in dieser Hinsicht m.E. Winnicotts philosophische

---

<sup>182</sup> Vgl. zu diesem Thema auch Dornes (2012, 159).

Betrachtungsweise des Selbst. Im Gegensatz zur Vorstellung einer „[...] Zwiebel ohne jeglichen Kern [...]“ (Heinz 2014, 85) bezeichnet der private und zugleich unveräußerliche Mittelpunkt des Selbst eine „tiefe“ Dimension des individuellen gesundheitsbezogenen „Wissens“, die damit verbunden ist, sich real, mit sich selbst „identisch“ und lebendig zu fühlen.

Die Zusammenschau der behandelten Selbst-Theorien lässt verschiedene Stufen oder Dimensionen des Selbst erkennen. Aus diesem Grund sollte auch die Selbstsorge in Stufen konzipiert werden. Diesen Gedanken habe ich andeutungsweise schon im Zusammenhang mit dem Resümee zur Selbstsorge (vgl. IV 2.5) und mit Damasio's Selbst-Modell (vgl. IV 3.2.2) geäußert. Begreift man das Selbst als eine basale, körperlich-leibliche Struktur, die sich pränatal herauszubilden beginnt, dann reichen die Stufen der Selbstsorge von nicht-bewussten biologischen Prozessen der Selbstregulation<sup>183</sup> über eine präreflexive (leibliche) Selbst-Zuwendung bis zu selbstformenden Handlungen, die mit der Fähigkeit zur selbstbezogenen Reflexion zusammenhängen. Diese Überlegungen zur Konzipierung der Selbstsorge greife ich an späterer Stelle nochmals auf (vgl. Kapitel VI).

Zuvor steht in Kapitel IV 4 aber eine wichtige Frage zur Klärung an, die sich auf die Störungen oder Beeinträchtigungen des Selbst bezieht, die im Zusammenhang mit schweren psychischen Krankheiten beschrieben werden.

#### IV 4 Verbleibende Fragen zur Selbstsorge bei Beeinträchtigungen des Selbst

Psychische Störungen können u.a. mit Selbstdefiziten, Selbsttäuschungen oder Selbstentfremdung verbunden sein und verweisen in Anlehnung an Freud darauf, dass das bewusste Selbst nicht Herr im eigenen Haus ist (vgl. Pawelzik 2011, 4). Bei der Betrachtung einer psychischen Krankheit muss nicht unbedingt die Schädigung oder Beeinträchtigung des Selbst in den Vordergrund gestellt werden, wie ich mit Winnicott erläutert habe: Gemäß seinem Konzept des wahren und falschen Selbst wird durch die psychische Störung der gesundheitsrelevante Kern, das wahre Selbst, geschützt.

Trotzdem darf die Frage, inwieweit Menschen mit seelischen Erkrankungen/ Behinderungen zur Selbstsorge fähig sind, nicht einfach übergangen werden. Es bestehen in

---

<sup>183</sup> Selbstverständlich ist die Selbstregulation nicht nur auf die Ebene der Biologie bezogen. Vielmehr verbinden sich in ihr die Regulation und die Integration biologischer sowie sozialer Funktionen (vgl. auch Wolke 1999, 380). Denn frühe soziale Interaktionen schlagen sich nicht nur als Verhaltensentwürfe im Leib- und Beziehungsgedächtnis nieder, sondern sie hinterlassen ihre Spuren auch in den physiologischen Regulationsmechanismen, also bspw. im Schlaf-Wach-Rhythmus (vgl. Fuchs 2006, o.S.).



diesem Kontext vor allem zwei Probleme: Das erste betrifft einen möglichen Zusammenhang zwischen den Entstehungsstrukturen der Selbstsorge und denjenigen der Psychopathologie im Rahmen der kindlichen Entwicklung. Das zweite Thema berührt die Auswirkungen des – u.U. bis zum Selbstverlust hin – veränderten Selbsterlebens auf die Selbstsorge-Fähigkeiten von Menschen mit seelischen Erkrankungen. Auf beides gehe ich nachfolgend ein.

Aus einer entwicklungsbezogenen Perspektive, wie ich sie im Zusammenhang mit Wolfstetters (1985) Auslegung der Oikeiosis-Theorie und mit Küchenhoffs (1999b) Überlegungen zur Selbstfürsorge beschrieben habe, wird deutlich, dass die Fähigkeit zur Selbstsorge in ihren Grundlagen auch auf der „verinnerlichten“ Sorge der Anderen beruht. Die frühen intersubjektiven Erfahrungen üben aber auch – so bestätigt die empirische Forschung (vgl. z.B. Fonagy/Target 2006, 414 f.) –, einen nicht unerheblichen Einfluss auf die erwachsene Persönlichkeit aus und spielen bei der Entwicklung von Psychopathologien eine Rolle. Dies meint selbstverständlich nicht, dass Störungen oder Übergriffe im Rahmen der frühen Intersubjektivität als alleinige Ursache für die Entstehung einer seelischen Erkrankung betrachtet werden dürfen. Eine solche Sichtweise wäre viel zu deterministisch.<sup>184</sup>

Auch wenn man den Standpunkt vertritt, dass der Entwicklungsverlauf stets vielen moderierenden und somit auch resilienten Faktoren unterliegt,<sup>185</sup> bleibt es unklar, inwieweit die Erfahrung einer mangelhaften Sorge während der frühen Kindheitsentwicklung nicht sowohl eine psychopathologische Entwicklung als auch eine Beeinträchtigung der späteren Selbstsorge-Fähigkeiten begünstigt. Die Annahme, dass die mit der Psychopathologie verbundenen Beeinträchtigungen des Selbst und die Selbstsorge-Fähigkeiten einer Person – wenn auch nur teilweise – auf denselben Entstehungsstrukturen basieren, bewirkt eine gewisse Zwiespältigkeit auf der theoretischen Ebene.

---

<sup>184</sup> In der psychoanalytischen Entwicklungspsychopathologie wurde vielfach ein direkter Zusammenhang zwischen traumatisierenden frühkindlichen Erfahrungen und einer daraus resultierenden Psychopathologie des Erwachsenen vertreten. Fonagy/Target (vgl. 2006, 22 ff.) konstatieren in diesem Kontext, dass psychoanalytische Theorien – egal, ob Strukturmodelle, Objektbeziehungstheorien oder Selbstpsychologien – von einem Isomorphismus zwischen Kindheit und Pathologie ausgehen. Dies erlaubt es, direkte kausale Rückschlüsse von der Kindheit auf die Psychopathologie Erwachsener vorzunehmen. – In dieser Hinsicht wäre auch Winnicott zu kritisieren, da die Übergriffe durch eine nicht-fördernde Umwelt seines Erachtens nicht wiedergutzumachende Arretierungen des Entwicklungsprozesses bedingen. – Vgl. zur Kritik jener deterministischen Sichtweisen der Psychoanalyse auch Pohlen/Bautz-Holzherr (2001, 94 f.).

<sup>185</sup> Entsprechende Positionen werden in der Klinischen Entwicklungspsychologie oder in der Entwicklungspsychopathologie vertreten (vgl. z.B. Oerter et al. 1999).

Im Weiteren gehe ich nun der Frage nach, ob und inwieweit Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung trotz etwaiger Beeinträchtigungen des Selbst über Selbstsorgefähigkeiten verfügen, die zu ihrer Gesundheit beitragen.

Zuerst illustriere ich am Krankheitsbild der Schizophrenie, die als die tiefgreifendste Störung der persönlichen Selbstverfügung gilt (Fuchs 2002, 243), exemplarisch, wie sich die entsprechenden Beeinträchtigungen des Selbst darstellen.<sup>186</sup> Dies erfolgt aus Sicht der (leib-)phänomenologisch sowie der neurowissenschaftlich orientierten Psychopathologie.

Gemäß Fuchs (2005, 101; Übersetzung C.J.) ist die Schizophrenie aus (leib-)phänomenologischer Perspektive durch den Verlust des basalen, stummen und impliziten Selbstbewusstseins charakterisiert. Es handelt sich somit um eine Störung des vitalen Fundaments des Selbstverhältnisses der Person, bei der das reflexive Selbstbewusstsein vom elementaren Selbstempfinden entkoppelt wird (Fuchs 2002, 243). Dadurch, dass das basale Selbstgefühl in der Schizophrenie fehlt, werden die Welt und die eigene Person auf eine quälende Weise als unwirklich empfunden (ebd., 243). Der Verlust oder die Schwächung der impliziten Selbstwahrnehmung, die uns bei allen Erfahrungen mitgegebenen ist, führt m.a.W. zu einer Fragmentierung bzw. Auflösung des intentionalen Bogens: Hierdurch werden Gestalten bspw. in ihre einzelnen Elemente zerlegt und das Implizite muss plötzlich erklärt werden (Stichwort: „Den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen“) (vgl. Fuchs 2005, 101; Übersetzung C.J.). Schließlich tritt zu der Störung des basalen leiblichen Selbsterlebens auch eine Störung auf der Ebene des personalen Selbst hinzu, welche die exzentrische Position, d.h. die Abgrenzung von Ich und anderem/Anderen betrifft (Fuchs 2012, 891).

Die neurowissenschaftlich orientierte Psychopathologie geht davon aus, dass es bei psychotischen Symptomkomplexen zu Störungen des sog. Selbstkonstrukts kommt (im Folgenden: Vogeley 2001, 242 f.). Dies betrifft u.a. die folgenden konstitutiven Teileigenschaften: Die „Meinigkeit“ oder „Urheberschaft“ besagt, dass „ich“ es bin, der auf Basis der eigenen Wahrnehmungen, Erinnerungen und Gedanken meine Handlungen und Planungen erzeugt. Die „Perspektivität“ bezeichnet die Zentrierung der eigenen Wahrnehmungen und Handlungen um den Körper.<sup>187</sup> Die Störung des Selbstkonstrukts bei Schizophrenien wird auch anhand des sog. Selbst-Monitoring-Defizits erklärt (vgl. ebd., 245; mit Bezugnahme auf Frith 1993; 1995; 1996). Hierbei wird angenommen, dass die

---

<sup>186</sup> Beeinträchtigungen des Selbst werden auch im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen beschrieben, so z.B. Melancholien/Depressionen (vgl. Fuchs 2005) oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen (vgl. Fuchs 2007).

<sup>187</sup> Es zeigen sich hier Parallelen zu dem in der Psychopathologie gängigen Begriff des Ich-Bewusstseins (vgl. Vogeley 2001, 243 ff.).

Selbst-Monitoring-Störung es verhindert, innere Vorgänge adäquat zu beobachten. Wahrnehmungen, Urteile usw. finden als kognitive Vorgänge somit zwar noch statt, jedoch können die kognitiven Vorgänge nicht mehr (oder nur sehr eingeschränkt) als die eigenen erkannt werden (ebd.).

Zur Relativierung der oben festgestellten Selbst-Beeinträchtigungen kann die Argumentation des Psychiaters Daniel Hell angeführt werden: „Selbst akut psychotische Schizophreniekranken, deren Selbsterleben so grundlegend verändert ist, dass sie sich fragen ‚Bin ich noch?‘, wissen präreflexiv noch um sich selber (was ihnen erlaubt, ihr Selbstbewusstsein überhaupt in Frage zu stellen)“ (Hell o. J., 3). Hells Aussage erlaubt es, an jenes präreflexive Selbsterleben anzuschließen, um Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung z.B. bezüglich ihrer Selbstsorge-Fähigkeiten zu unterstützen.

Ein letzter Punkt, der zur Diskussion ansteht, bezieht sich darauf, dass es u.U. schwierig sein kann, die Selbstsorge-Fähigkeiten im Falle einer schweren psychischen Krankheit von der Symptomatik oder, genauer gesagt, von der Bewältigung der Symptomatik abzugrenzen. Blankenburg (1988, III) führt in diesem Kontext aus, dass immer schon Versuche bestehen, eine psychische Störung zu bewältigen. Es lässt sich dabei „[...] oft schwer sagen, was ‚abnormer‘ ist: die Störung selbst oder das Ensemble der Strategien, die ihrer Bewältigung dienen. Wir sind kaum in der Lage, beides sauber voneinander zu trennen“ (ebd.).

Als Erstes veranschauliche ich die hierdurch angeschnittene Problematik an der psychiatrisch-klinischen Falldarstellung eines Patienten mit einer coenästhetischen Schizophrenie, bei der die Hauptsymptomatik in einer Veränderung des Leib-Erlebens besteht (vgl. Schmoll 1988). Ohne auf die näheren Hintergründe einzugehen, lässt sich der Fall dergestalt zusammenfassen, dass bestimmte theologische Fragen sich für den betreffenden Patienten so sehr zu existenziellen Fragen verdichtet hatten, „[...] daß er buchstäblich keinen Schritt mehr – keinen geistigen und auch keinen leiblichen Schritt mehr – unbefangen spontan tun konnte. Jedem Gang – jedem ersten Schritt, den er unternahm – schickte er ein langes, höchst skurril anmutendes Zeremoniell voraus“ (Blankenburg 1988, II). Diese Beinbewegungen und ein kurzes Anheben des Gesäßes von der Sitzfläche dienten dem Patienten laut eigener Aussage dazu, seinen inneren Schwerpunkt zu senken (Schmoll 1988, 32). Die Lage des Schwerpunkts korrespondierte für ihn mit dem Zustand seiner inneren Ordnung, und nur bei einem niedrigen Schwerpunkt war seine innere Ordnung vorhanden, während ein hoher Schwerpunkt zu innerer Verwirrung führte (ebd.).

Wie ist dieses Fallbeispiel zu deuten? Zeigt sich in ihm einfach nur eine Krankheitssymptomatik? Oder handelt es sich um einen Bewältigungsversuch? D.h., um ein

Sich-um-sich-Kümmern, das auf das krankheitsbedingt veränderte Leib- und Selbsterleben bezogen ist?<sup>188</sup> Sicherlich käme man kaum auf die Idee, dass es sich um eine gesundheitsorientierte Form der Selbstsorge handeln könnte (außer man wollte den Fall „schönreden“).

Wie wäre aber das folgende Beispiel aus der eigenen sozialpsychiatrischen Praxis zu bewerten? Eine Klientin mit der Diagnose einer schizotypen Störung verwendet im Zusammenhang mit den „inneren“ Stimmen, die sie laut hört, Ohrstöpsel. Sie meint, dass ihr das helfe.

Aus traditionell psychiatrischer Sicht würde der oben beschriebene Umgang mit der akustischen Halluzination ziemlich sicher als Ausdruck symptombedingten Handelns gedeutet, in dem sich eine krankheitsbedingte Verkennung der Realität zeigt (Ohrstöpsel können gegen Halluzinationen in Form des Stimmen-Hörens nicht helfen). Dies ist jedoch nur eine mögliche Betrachtungsweise.

In trialogisch orientierten oder in Betroffenen-Ansätzen gilt es als unerlässlich, einen persönlichen Umgang mit dem Stimmen-Hören zu finden. Das Überhören oder ein selektives Hören der Stimmen kann in einem solchen Prozess zunächst eine notwendige Zwischenphase sein, um ein Stadium der inneren Ausgeglichenheit zu erreichen, bei dem die Stimmen dann als Teil des eigenen Selbst und Lebens anerkannt werden (vgl. Netzwerk Stimmenhören e.V. o.J.). Insofern würde sich im genannten Beispiel eine Form der Bewältigung ausdrücken, die u.U. in die Richtung einer gesundheitsorientierten Selbstsorge weiterentwickelt werden könnte.

Die in diesem Kapitel aufgeworfenen Fragen sind m.E. nicht abschließend geklärt. Daher gehe ich ihnen in Kapitel V anhand einer empirischen Untersuchung weiter nach.

---

<sup>188</sup> Schmoll (vgl. 1988, 93) interpretiert die stereotyp wiederkehrenden Bewegungen im Rahmen der kasuistischen Interpretation u.a. als schizophrene Zwangsercheinungen, die durch die Leibgefühlsstörung verursacht sind und durch die der Patient versucht, die leibliche Ordnung und die Einheit der Persönlichkeit wiederherzustellen.

## V Kasuistische Explorationen: drei Fälle zur Selbstsorge

### V 1 Fragestellung und Überblick

Wie in Kapitel IV deutlich wurde, bleibt es in theoretischer Sicht teilweise unklar, ob die Selbstsorge bei seelisch Erkrankten aufgrund der mit der Krankheit einhergehenden Selbstbeeinträchtigungen wirklich von der Krankheitssymptomatik abgegrenzt werden kann. Gerade die Annahme, dass die Selbstsorge-Fähigkeiten und die seelische Erkrankung entwicklungspsychologisch betrachtet auf denselben Entstehungsstrukturen basieren (vgl. Küchenhoff 1999b), erschwert es, Selbstsorge-Strukturen von symptombedingten Strukturen zu unterscheiden. Hieraus ergibt sich m.E. ein weiterer Untersuchungsbedarf.

Im Folgenden habe ich deshalb eine empirische Herangehensweise gewählt, um die Selbstsorge von Menschen mit einer seelischen Erkrankung/Behinderung näher zu erforschen. Ich analysiere drei Fälle, von denen ich annahm, dass sich in ihnen Selbstsorge-Fähigkeiten abbilden könnten. Dabei lerte ich aus, wie sich die entsprechenden Phänomene in ressourcenorientierter bzw. in pathologieorientierter Sicht darstellen. Im Vergleich der beiden „Lesarten“ geht es darum herauszufinden, welche Lesart jeweils überzeugender ist, aber auch, wie deutlich die Selbstsorge-Fähigkeiten erkennbar sind und sich von symptombedingten Handlungsweisen unterscheiden lassen.

Neben der die Untersuchung leitenden Frage, wie die Selbstsorge von der Krankheitssymptomatik abgegrenzt werden kann, soll anhand der Fälle zudem exploriert werden, wie sich Störung und Bewältigungsformen differenzieren lassen und welche Themen, Momente, Gesundheits- oder Leibbezüge sich in der Selbstsorge ggf. zeigen.

Der Inhalt in Kapitel V ist wie folgt gegliedert:

In Kapitel V 2 wird die gewählte Untersuchungsmethodik begründet und es werden wichtige Begriffe und Fragestellungen sowie die verschiedenen Arbeitsschritte vorgestellt (vgl. V 2.1). Danach wird die Anlage der eigenen Untersuchung konkret erläutert (vgl. V 2.2). In Kapitel V 3 werden drei mögliche Fälle von Selbstsorge präsentiert: Frau B., Herr F. und Frau R. (vgl. V 3.1, V 3.2 und V 3.3). Dabei erfolgen zuerst jeweils Überlegungen zu den Hintergründen und zur Auswahl der Fälle. Daraufhin werden die Fälle in Form von kurzen Erzählungen beschrieben. Diese werden danach eingehend analysiert und im Hinblick auf die o.g. Fragestellungen erschlossen. Die wichtigsten Aspekte jedes Falls werden dann nochmals „gebündelt“. In einer abschließenden Reflexion werden Analogien

der drei Fälle herausgearbeitet (vgl. V 4). Mit einem kurzen Resümee der Untersuchung schließt Kapitel V (vgl. V 5).

## V 2 Allgemeine methodische Überlegungen und Anlage der eigenen Untersuchung

### V 2.1 Die kasuistische Vorgehensweise als gewählte Methode

#### V 2.1.1 Begründung der Methodenwahl

In methodischer Hinsicht entschied ich mich in meiner Untersuchung für eine kasuistische Vorgehensweise. Kasuistik kann mit Binneberg (1997b, 9) vorerst als „[...] die Kunst, eine Fallbeobachtung in eine Falldarstellung zu überführen und sie mit einer Fallanalyse zu verbinden“, definiert werden.

Die Methode der Kasuistik erscheint nicht nur in Hinblick auf den explorativen Charakter der Untersuchung geeignet, sondern – ein weiterer Vorzug – sie bezieht sich speziell auf die Dimension des Subjektiven. Das Ansetzen an der subjektiven Erfahrung bzw. Gestaltung von Wirklichkeit und an den subjektiven Sinnmustern ermöglicht es – neben dem Erkennen individueller Problemmuster –, zu den subjektiven Ressourcen, zu vernachlässigten Potenzialen oder Interessen vorzudringen (vgl. Braun et al. 2011, 28 ff.). Darüber hinaus besteht eine interessante methodische Verwandtschaft zwischen dem kasuistischen Vorgehen und dem Verstehen von Beispielen, das z.B. im Zusammenhang mit der sog. exemplarischen Deskription, einem bevorzugten Verfahren der Phänomenologie, praktiziert wird (vgl. Lippitz 1987, 116). In der phänomenologischen Pädagogik ist das Sammeln, Dokumentieren und anschließende Verstehen exemplarischer Situationen, d.h. auch von Beispielen aus ganz unterschiedlichen Quellen, ein zentrales Verfahren, um Phänomene zu erschließen (vgl. Peez 2007, o.S.). In eben diesem Sinn begreife ich die von mir durchgeführten Untersuchungen der Fälle: als eine Annäherung an die zu erforschenden Phänomene anhand von Beispielen.

In methodischer Hinsicht geht es somit auch um die „[...] Präsentation eines Allgemeinen im Besonderen [...]“ (Lippitz 1987, 116), wie sie sowohl für das kasuistische Vorgehen als auch für das Beispielverstehen kennzeichnend ist.

Nun ist es so, dass die Bestimmung des Begriffsfelds „Kasuistik“ in pädagogischen Zusammenhängen z.T. vage und intuitiv geleitet ist (vgl. Schmugge 1999, 7). Es bestehen nicht nur Unklarheiten, sondern es gibt auch eine verwirrende Begriffsvielfalt: „So wird von Fallbericht, Fallanalyse, Fallstudie, Fallmethode, Falldarstellung, Fallgeschichte,

Fallbeschreibung u.ä. gesprochen, ohne daß immer genaue Abgrenzungen vorgenommen würden“ (Fatke 1997a, 58). Im Kontext meiner Arbeit soll auf diese Differenzierungsproblematik nicht weiter eingegangen werden. Mit Fatke (ebd., 59) möchte ich lediglich die Unterscheidung von „Fallarbeit“ und „Fallstudie“ aufgreifen, um klarzulegen, dass meine Untersuchung auf das Letztere hinauswill: Während die Fallarbeit auf die praktische Lösung eines Praxisproblems zielt, setzt eine Fallstudie den Einzelfall darüberhinausgehend auf methodisch kontrollierte (i.d.R. hermeneutische) Weise mit vorhandenen allgemeinen Wissensbeständen in Bezug. Eine Fallstudie zielt demnach auf die Prüfung oder Erweiterung bestehender wissenschaftlicher Erkenntnis oder aber auf Gewinnung neuer Erkenntnis (ebd.).

In Zusammenhang mit einer möglichen Kritik an meiner Methodenwahl ist außerdem festzuhalten, dass die pädagogische Kasuistik, historisch und systematisch betrachtet, zwar ein ursprüngliches Stück Pädagogik und pädagogischer Theoriebildung darstellt (vgl. Binneberg 1997b, 9).<sup>189</sup> Im Vergleich zur Aktualität und zum Stellenwert anderer Untersuchungsmethoden in der heutigen Pädagogik ist sie jedoch eine eher vernachlässigte und keine weithin etablierte Forschungsmethode (vgl. Schmugge 1999, 67).<sup>190</sup> Trotzdem sollte ihr eine eigene Qualität als gleichwertige Erkenntnisart zugesprochen werden, die nicht in Konkurrenz zu anderen Formen der Empirie steht (vgl. Binneberg 1997b, 21).

### V 2.1.2 Was ist ein Fall?

In der pädagogischen Kasuistik ist der „Fall“ sicherlich ein zentraler Begriff (vgl. Biller 1988, 24 ff.). Aber was ist ein Fall?

Ein Fall stellt zunächst ein „Geschehen“ dar, das einem Betrachter „auf-fällt“ (Fatke 1997b, 219; Hervorhebung im Original). Müller (2008, 35) definiert Fälle als Ereignisse oder Personen, die von bestimmten Instanzen, Gruppen etc. zu solchen gemacht werden; daher ist seines Erachtens eigentlich die Thematisierung durch die Fallbearbeiter als „Fall“ zu bezeichnen.

Fälle treten grundsätzlich immer unter besonderen Bedingungen in die Aufmerksamkeit des Betrachters (Fatke 1997a, 61). Das hier Gesagte impliziert Folgendes: „Diejenigen, die einen ‚Fall von etwas‘ beobachten, beschreiben und analysieren, haben die Situation [...]“

---

<sup>189</sup> Für einen historischen Überblick zur pädagogischen Kasuistik siehe zum Beispiel Fatke (1997a, 57 ff.) oder Biller (1988, 5 ff.).

<sup>190</sup> Bspw. gegenüber der qualitativ-rekonstruktiven Forschung gilt die Kasuistik als „zarte Empirie“ (Binneberg 1997b, 9). Das kasuistische Vorgehen weist aber eine Nähe zur qualitativen Forschung auf. So befassen sich beide Methoden z.B. mit sinnhaltigen Dokumenten als Gegenstandsbereich (vgl. Terhart 1997, 33 f.).

schon vom ersten Augenblick an bereits etikettiert. Sie haben mit ihrer vorgängigen Theorie die Wirklichkeit in einer bestimmten Weise wahrgenommen. Sie haben ihre Idee des ‚Falles von ...‘ in die Wirklichkeit hineingesehen, hineingelegt oder später auch aus ihr herausgelesen“ (Biller 1988, 24; im Original z.T. mit Hervorhebung). Dieser Gesichtspunkt ist sehr wichtig und bedeutet, dass die Gründe des „Auffallens“ und die eingenommene Betrachtung der Fälle transparent gemacht werden müssen.

### V 2.1.3 Ausführungen zur kasuistischen Vorgehensweise

#### V 2.1.3.1 Methodische Schritte

Wie oben erwähnt, besteht eine Kasuistik laut Binneberg aus drei Größen, die das Ganze ausmachen: „*erstens* der *Fallbeobachtung*: der Wahrnehmung und Betrachtung dessen, was der Fall ist; *zweitens* der *Falldarstellung*: der Beschreibung von Abläufen und Situationen, von Vorgängen und Begebenheiten, die den Fall ausmachen; *drittens* der *Fallanalyse*: der Bestimmung von Merkmalen und der Formulierung von Zusammenhängen, die sich aus dem Fall ergeben“ (Binneberg 1997c, 244; Hervorhebungen im Original).<sup>191</sup>

Die methodischen Schritte der Fallbeschreibung und der Fallanalyse werden im Folgenden genauer erläutert.

Im Hinblick auf die Beschreibung von Fällen wäre es naiv anzunehmen, dass es sich um objektive Deskriptionen handelt. Beim Beschreiben sollten zwar keine expliziten Interpretationen vorgenommen werden, jedoch stellt bereits die Auswahl dessen, was beschrieben wird, eine bestimmte Perspektive auf die Wirklichkeit dar. Somit kann die Wirklichkeit, wie Binneberg (1997b, 18) konstatiert, nicht in einer Art Rohzustand dargestellt werden. Die Unschuld reiner anfangender Beschreibung gibt es u.a. deshalb nicht, da immer – so der Standpunkt der phänomenologischen Forschung – eine Differenz zwischen Ausdruck und Ausgedrücktem besteht (vgl. Lippitz 1993, 23).

Gemäß Binneberg müssen Deskriptionen zudem „[...] nicht ein Maximum, sondern ein Optimum an Information [...]“ enthalten (Binneberg 1997c, 249; im Original z.T. mit

---

<sup>191</sup> Binneberg (1997c, 252) fordert in Zusammenhang mit der Gestaltung einer „Ideal-Kasuistik“ bezüglich der Fallbeobachtung nachweisbare Tatsachen, bezüglich der Falldarstellung eine natürliche Sprache und bezüglich der Fallanalyse logisch anerkannte Argumentationsschritte. – Außerdem wird zwischen dem Behauptungsgewicht des Allgemeinen in der Analyse und seinem Erscheinungsbild im Einzelfall ein „reflektives Gleichgewicht“ gefordert (Binneberg 1997b, 20). Dies meint eine Gleichwertigkeit der einzelnen kasuistischen Teile, die in einem angemessenen Gleichgewicht zueinander stehen sollten (Binneberg 1997c, 252).



Hervorhebung). D.h. auch, so die Position der pädagogischen Phänomenologie: Eine vollkommene Beschreibung kann und muss es nicht geben (vgl. Danner 2006, 170).

Was die Fallerschließung oder Fallanalyse angeht, möchte ich vorab auf zwei mir wesentlich erscheinende Grundhaltungen hinweisen. Mit Bezugnahme auf Biller (1988, 72 ff.) wäre einerseits die sog. sinnorientierte Position hervorzuheben, von der bei den Fallauslegungen auszugehen ist. Sie meint u.a. die Sichtweise, dass „Sinn“ ein konstituierendes Merkmal des Menschen und seiner Werke ist. Andererseits soll während des Interpretationsprozesses eine systematische Haltung des Sich-Wunderns eingenommen werden (vgl. Braun et al. 2011, 54), um die Nuancen der beschriebenen Fälle möglichst differenziert zu erfassen.

Dazu ist bei der Fallerschließung die Wahl geeigneter Auswertungsmethoden zentral. Braun et al. (2011, 55 ff.) verweisen darauf, dass für Fallanalysen u.a. eine Vielfalt an methodischen Strategien aus der qualitativen Sozialforschung zur Verfügung stehen.<sup>192</sup>

Die von Lippitz festgestellte Eingliederung des phänomenologischen Denkens in das Feld qualitativer, subjektorientierter Forschungen (vgl. Lippitz 1993, 34) zeigt sich auch in Zusammenhang mit pädagogischen Fallstudien. Dementsprechend kommen Methoden- und Theoriestücke der Phänomenologie bei der Fallerschließung zur Anwendung, bspw. die Forderung nach Enthaltung im Sinne der Epoché Husserls (vgl. Biller 1988, 75 f.).

Für meine Fallanalysen schien die Methode der phänomenologischen Analyse nach Mayring (2002, 107 ff.) ein geeignetes Auswertungsverfahren zu sein. Die phänomenologische Analyse setzt explizit an der Perspektive des einzelnen Individuums an, d.h. an den subjektiven Bedeutungen und Intentionen (ebd., 107). Die Auswertungsschritte, an denen ich mich grob orientiere, sind die folgenden (ebd., 108 f.; in Anlehnung an Giorgi 1985): Ein erstes Sichten des Materials dient dazu, den generellen Sinn des Materials zu erschließen. Anschließend werden im Hinblick auf das zu untersuchende Phänomen Bedeutungseinheiten festgelegt (dies entspricht einer Sequenzierung), und danach werden die Bedeutungseinheiten in Bezug auf das Phänomen interpretiert und es wird eine Synthese der Gesamtaussagen zum Phänomen vorgenommen. Die beiden zuletzt genannten Schritte erfolgen methodisch durch die sog. Variation, und zwar im Sinne der eidetischen Reduktion. Bei der Variation wird ein vorgegebenes Phänomen „[...] in unterschiedlichen Kontexten verglichen, oder die Kontexte werden gedankenexperimentell variiert. Was dabei invariant

---

<sup>192</sup> Braun et al. (2011, 69 f.) nennen in Zusammenhang mit rekonstruktiven Fallanalysen u.a.: formale Textanalyse, Textsortenanalyse, Sequenzialität, Wörtlichkeitsprinzip, das Stellen von Fragen oder das gedankenexperimentelle Entwickeln minimaler und maximaler Kontraste.

bleibt, gibt Hinweise auf das Wesen des Phänomens“ (ebd., 108). Bei der Herausarbeitung des Wesentlichen geht es m.a.W. darum, ein Phänomen von verschiedenen Seiten zu beleuchten. Dies erfordert aktives, schöpferisches Denken, sowohl um die verschiedenen Variationen zu erzeugen als auch, um sie einheitlich miteinander zu verbinden (Biller 1988, 76).

Im Rahmen meiner Untersuchung bezieht sich das Variieren zunächst auf das Entwickeln zweier kontrastierender Lesarten, nämlich einer ressourcenorientierten und einer pathologieorientierten Auslegung.

Zusätzlich zu den drei von Binneberg postulierten kasuistischen Größen ergänzt Biller den abschließenden Schritt der „Fallsynthese“: Er umfasst u.a. das Formulieren von Zusammenhängen, das Diskutieren möglicher Lösungen oder das Ziehen von Konsequenzen für das künftige Handeln (vgl. Biller 1988, 34).<sup>193</sup>

#### *V 2.1.3.2 Funktionen und Validität*

Kasuistiken sind in der Pädagogik multifunktional (vgl. z.B. Biller 1998, 40 ff. und Schmugge 1999, 50).

Im Folgenden wird näher auf die „theoriebildende Funktion“ (Biller 1988, 43) eingegangen, die für meine Untersuchung relevant ist. Der Kasuistik kommt eine solche Funktion u.a. deshalb zu, weil kasuistisches Wahrnehmen eine Mitwahrnehmung des Allgemeinen im Einzelfall bedeutet „[...] und die Fallanalyse versucht, das Allgemeine an dem Fall als das Wesentliche auszusprechen“ (Binneberg 1997c, 259). In diesem Kontext kann das kasuistische Verfahren bspw. einen Beitrag zur Konzeption, Erläuterung, Verfeinerung oder Erweiterung, aber auch zur Korrektur und Revision von Theorien und Hypothesen leisten (Binneberg 1997b, 22). Eine Gefahr in Verbindung mit der theoriebildenden Funktion besteht allerdings darin, dass die Fallbeispiele nur noch unter der Perspektive der interessierenden „wissenschaftlichen Sätze“ betrachtet werden, sodass anderes oder Neuartiges nicht mehr in den Blick kommt (Fatke 1997a, 63). Was die Betrachtung und Analyse des Besonderen des Falls angeht, sind demzufolge größtmögliche Offenheit, Unvoreingenommenheit und auch Selbstkritik gefordert (ebd.).

Fatke zufolge lassen sich aus einer einzigen Fallschilderung nun noch keine allgemeinen Aussagen von größerer Tragweite ableiten (ebd.). Seines Erachtens wird zwar keine repräsentative Gesamtzahl von Fällen benötigt, aber zumindest doch ein weiterer Fall, um das Typische im Individuellen aufzeigen zu können (ebd.). Für jenen als unabdingbar

---

<sup>193</sup> Vgl. zu möglichen Schritten der Fallstudienarbeit auch den Überblick von Biller (1988, 69 ff.).

erachteten Vergleich mit mindestens einem weiteren Fall verwendet Fatke die Bezeichnung „komparative Fallstudie“ (Fatke 1997b, 227).

Fälle sind allerdings nicht ohne Weiteres vergleichbar. Deswegen schlägt Binneberg eine von ihm als „analogische Methode“ bezeichnete Vorgehensweise vor, die den Vergleich von Fällen und das Herausarbeiten des Allgemeinen trotz Unterschiedlichkeiten ermöglichen soll (vgl. Binneberg 1997c, 260 ff.). „Analogie“ bedeutet nicht, dass eine Gleichheit oder Ähnlichkeit der Fälle selbst verlangt ist, sondern in der Vielfalt von Fällen muss das Gemeinsame einer „Beziehung“ begrifflich erfasst werden (ebd., 263).

Die Frage der Validität des kasuistischen Verfahrens soll abschließend kurz angeschnitten werden, denn sie wird in der einschlägigen Literatur immer wieder problematisiert (vgl. z.B. Schmutge 1999, 32 ff.).

Laut Binneberg ist eine Falldarstellung ein widerlegungsdefinierter und kein wahrheitsdefinierter Text, sodass ohnehin nie ein Beweis über ihre absolute Richtigkeit vorgelegt werden könne (Binneberg 1997c, 256). Eine überzeugende Bestimmung von Validität findet sich im Zusammenhang mit dem phänomenologischen Beispielverstehen: Als wichtigstes Gütekriterium gilt dort, dass das Beispiel und seine Interpretation einleuchten, dass m.a.W. also eine intersubjektiv überzeugende Auslegung erreicht wurde (Peez 2007, o.S.). Aus methodischer Sicht können somit zwar vielfältige, jedoch nicht beliebige Lesarten entwickelt werden (vgl. Rittelmeyer 1987, 28).

## V 2.2 Anlage meiner Untersuchung

### V 2.2.1 Auswahl der Fälle

Die Sammlung geeigneter Fälle in Zusammenhang mit der „Fallbeobachtung“<sup>194</sup> war von der Grundannahme geleitet, dass sich bei Personen mit seelischen Erkrankungen und Behinderungen zumindest Ansätze der Selbstsorge zeigen. Wie an früherer Stelle ausgeführt, verstehe ich Selbstsorge als ein Vermögen der Person, sich so um sich zu kümmern, dass ein positiver, gesundheitsrelevanter Beitrag zum gestaltenden Umgang mit den Situationen des Lebens und zur Führung des Lebens insgesamt geleistet wird.

Die Auswahl der Fälle erfolgte anhand folgender Kriterien: Die betreffenden Personen mussten eine seelische Erkrankung oder Behinderung haben. Des Weiteren sollten (u.U. gewohnheitsmäßige) „Handlungen“ des Sich-um-sich-Kümmerns bei ihnen feststellbar sein,

---

<sup>194</sup> Dieser Arbeitsschritt könnte in Zusammenhang mit meiner Untersuchung – wie dies in der phänomenologischen Analyse der Fall ist – treffender als „[...] Materialsammlung zur Deskription [...]“ (Mayring 2002, 110) bezeichnet werden.

die ohne eine direkte Anregung durch andere erfolgen. Die entsprechenden Handlungen sollten von den Personen selbst als positiv, wohltuend oder hilfreich für die eigene Gesundheit bzw. das Führen/Bewältigen des Lebens bewertet werden. Außerdem sollten sie meiner ersten Einschätzung nach mit der o.g. Definition von Selbstsorge ungefähr übereinstimmen. Merkmale bezüglich der Art und Weise, der Themen oder der Ziele des Sich-Kümmerns wurden offengelassen.

Als mögliches Fall-Material prüfte ich Begebenheiten in Zusammenhang mit meiner pädagogischen Tätigkeit in der Sozialpsychiatrie, aber auch bestehende Quellen wie Dokumentarfilme und Textdokumente, die sich mit der Darstellung gesundheitsorientierter oder selbsthilfebezogener Aktivitäten von Menschen mit seelischen Erkrankungen/Behinderungen befassen. Meine Wahl fiel auf einen Beitrag aus einem Psychiatrie-Lehrbuch, den eine Frau mit Psychiatrie-Erfahrung verfasst hat, auf einen Dokumentarfilm, in dem eine Betroffene ihren Recovery-Prozess schildert, und auf das Fallbeispiel eines Mannes mit einer seelischen Behinderung, das der eigenen sozialpsychiatrischen Praxis entstammt. Im Hinblick auf die explorativen Zwecke meiner Untersuchung schien es mir sinnvoll, Fälle aus unterschiedlichen Kontexten auszusuchen. Ferner ging es mir um die Frage, ob sich die Selbstsorge in Darstellungen, die gezielt auf die Genesung und Selbsthilfe ausgerichtet sind, u.U. anders abbildet als in einem Fall aus der sozialpsychiatrischen Praxis. Denn es könnte z.B. vermutet werden, dass sich im Rahmen eines sozialpsychiatrischen Hilfesystems Selbstsorge-Fähigkeiten weniger zeigen, z.B., weil die Betroffenen in den entsprechenden Institutionen einen größeren Hilfebedarf haben oder weil der professionelle Fokus nur bedingt auf Selbstsorge-Fähigkeiten gerichtet ist.

### **V 2.2.2 Konkretes Vorgehen bei meiner Untersuchung**

Im Anschluss an die Phase der Fallbeobachtung ging es darum, anhand des Ausgangsmaterials Erzählungen zu generieren, d.h., den Fall zu beschreiben. Aus den eigenen Beobachtungen und den beiden bestehenden Dokumenten wurden Ausschnitte ausgewählt, die anhand der o.g. Kriterien Selbstsorge-Fähigkeiten der Personen vermuten ließen. Dann wurden für jeden der Fälle vier bzw. fünf kurze Erzählungen verfasst, die den jeweiligen Fall ausmachen („Frau B.“, „Herr F.“ und „Frau R.“). Sie enthalten wörtliche Äußerungen der Personen, beobachtete Begebenheiten und Situationen, aber auch Informationen zu Diagnose und Biografie, soweit sie bekannt sind. Auch eigene Gefühle und Empfindungen werden beschrieben.

Als Vorbereitung für die Fallbeschreibung wurden die verwendeten Dokumente teilweise mit den Methoden der Dokumenten- und Filmanalyse untersucht.<sup>195</sup> Dies geschah, um die Originalquellen insgesamt und im Verhältnis zu den von mir ausgewählten Ausschnitten besser einschätzen zu können. – Die Hintergründe bzw. die verwendeten Quellen der drei Fälle werden in einem der Fallbeschreibung vorangehenden Abschnitt jeweils kritisch reflektiert. In diesem Kontext wird auch geschildert, weshalb ein Fall mir „aufgefallen“ ist.

Bei der Fallerschließung erfolgten die Interpretationen in Anlehnung an die phänomenologische Analyse.<sup>196</sup> Die Eindrücke nach einem ersten Durchgehen des Materials wurden notiert und es wurden Bedeutungseinheiten festgelegt. Mittels der weiter oben beschriebenen Haltung des Sich-Wunderns ging es zuerst um ein „phänomennahes“ Erfassen des Erzählten. D.h., die Deutungen wurden nahe am Phänomen vorgenommen, um alle Eindrücke, Assoziationen oder auch Irritationen bei der Interpretation zu berücksichtigen. Dann erst wurden, mit Bezug auf die Vorgehensweise des Variierens, jeweils kontrastierende Lesarten aus einer ressourcenorientierten und aus einer pathologieorientierten Perspektive entwickelt. Die pathologieorientierten Auslegungen wurden dabei vor allem anhand psychoanalytischer bzw. psychodynamischer Krankheitsmodelle vorgenommen. Diese Theorien wurden jedoch nur exemplarisch für eine pathologieorientierte Lesart ausgewählt. Genauso hätten zu diesem Zweck psychopathologische Modelle anderer Theorierichtungen herangezogen werden können. Nach einem Abwägen der beiden Lesarten habe ich die meiner Meinung nach jeweils überzeugendere Interpretation herausgestellt. M.a.W.: Ich habe eingeschätzt, weshalb es sich bei einem untersuchten Phänomen um Selbstsorge handeln könnte oder nicht.

Hinsichtlich der theoriebildenden Funktion der kasuistischen Vorgehensweise besteht die Forderung, eine Fallanalyse mit allgemeinen Wissensbeständen in Bezug zu setzen (vgl. Fatke 1997a, 62). Im Rahmen meiner Fallanalysen habe ich schwerpunktmäßig auf die folgenden Wissensbestände Bezug genommen: (leib-)phänomenologische Theorien, Theorien der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie, psychiatrisches und psychotherapeutisches Wissen sowie Theorien zu Gesundheit und Gesundheitsförderung.

---

<sup>195</sup> Vgl. zu den Strategien der Dokumentenanalyse z.B. Wolff (2000), zu solchen der Filmanalyse Denzin (2000). – In Zusammenhang mit dem Dokumentarfilm wurde bspw. überlegt, welche Rahmung von Wirklichkeit im Film vorgenommen wird (vgl. Denzin 2000, 420) oder wie das Verhältnis von visuellem Text und gesprochenem Text aufzufassen ist (vgl. ebd., 423).

<sup>196</sup> Mit Bezugnahme auf Danner möchte ich darauf hinweisen, dass ein ausschließlich phänomenologisches Arbeiten nicht möglich ist und dass hermeneutische Erkenntnisvorgänge auch in der Wesenserfassung eine bedeutende Rolle spielen (vgl. Danner 2006, 185).

In Form von Reflexionen habe ich – analog dem Schritt der Fallsynthese (vgl. Biller 1988, 34) – die unterschiedlichen Nuancen eines Falls nochmals gebündelt. Dies geschah jeweils in Bezug auf eine Einschätzung der Selbstsorge-Fähigkeiten der Person, hinsichtlich der Gesundheitsbezüge, der Themen und Momente der Selbstsorge sowie der Bedeutung der Leiblichkeit. Mögliche pädagogische Implikationen der Fälle wurden ebenfalls erörtert, um Hinweise für eine Gesundheitsförderung zu geben.

In abschließenden Reflexionen zu den drei Fällen habe ich Fall-Analogien herausgearbeitet, um auf diese Weise zu allgemeinen Aussagen zu kommen. Dabei habe ich u.a. die festgestellten Selbstsorgestrukturen, die Art der Gesundheits- und Selbstbezüge bzw. die Bedeutung der leibbezogenen Charakteristika der Selbstsorge zueinander in Beziehung gesetzt.

## V 3 Drei Fälle zur Selbstsorge

### V 3.1 Erster Fall: Frau B.

#### V 3.1.1 Überlegungen zu den Hintergründen und zur Auswahl des Falls

Das Fallbeispiel „Frau B.“ basiert auf einem knapp zehnsseitigen Artikel von Regina Bellion (Bellion 1998, 249 ff.), der im „Hand-werks-buch Psychiatrie“ (Bock/Weigand 1998a) veröffentlicht worden ist. Im psychiatrischen Kontext zählt Bellion zu den „Experten aus Erfahrung“ (Bock/Weigand 1998b, 9). In einer Art Selbstzeugnis berichtet sie u.a. über ihr subjektives Erleben und ihre Bewältigungsversuche im Zusammenhang mit der psychotischen Erkrankung.

Mein Interesse wurde zuerst vor allem durch den Titel des Artikels geweckt: „Subjektives Erleben und individuelle Selbsthilfe“. Mit individueller Selbsthilfe sind dabei nicht die regelmäßigen Treffen entsprechender Gruppen gemeint, sondern vorbeugende Maßnahmen, „[...] um optische und akustische Halluzinationen zu vermeiden [...]“ (Bellion 1998, 249). Eine jahrzehntelange psychotische Krankheitsgeschichte (vgl. ebd.) scheint Bellion zu einer offensichtlich sehr persönlichen Form der Selbsthilfe geführt zu haben, die „quer“ oder zumindest komplementär zum psychiatrischen Unterstützungssystem liegt: „[...] Ich entferne mich von den Angeboten traditioneller medizinischer Institutionen, ich wage einen gefährlichen Alleingang und bin für die Konsequenzen verantwortlich“ (ebd., 257).

In mancher Hinsicht, so mein Eindruck nach der Lektüre dieses Artikels, enthält die von Bellion beschriebene „Selbsthilfe“ auch die Darstellung individueller Selbstsorge-Fähigkeiten.

Hinsichtlich der Intendiertheit der Quelle ist zu konstatieren, dass das „Hand-werks-buch Psychiatrie“ einen bewusst kritischen Blick auf die herkömmliche psychiatrische Theorie und Praxis wirft. So wird von den beiden Herausgebern u.a. grundlegend gefordert: „Moderne Psychiatrie muß (Definitions-)Macht abgeben, muß zu einer gemeinsamen Sprache der Experten aus Erfahrung und der Experten durch Ausbildung und Beruf finden“ (Bock/Weigand 1998b, 9). Aus diesem Grund wird der Themenbereich der „Inneren Räume und eigenen Hilfen [...]“ im Buch speziell berücksichtigt: „Wir wollten deutlich machen, daß seelische Ausnahmezustände und eben auch Psychosen Grundprinzipien menschlichen Handelns nicht außer Kraft setzen, wollten der Selbstregulation noch mehr Raum geben und unterstreichen, daß jede fremde Hilfe angemessen nebenwirkungsarm nur sein kann, wenn sie sich als Unterstützung von Selbsthilfe versteht und soziale Ressourcen zu stärken sucht“ (ebd., 8).

Beim Generieren der Beispiel-Erzählungen für die eigene Untersuchung ging ich wie folgt vor: Zuerst wählte ich solche Passagen des Artikels aus, von denen ich annahm, dass sie gemäß den oben festgelegten Kriterien (vgl. V 2.2.1) Ansätze der Selbstsorge enthalten könnten. Danach verfasste ich vier kurze Erzählungen – inklusive wörtlicher Zitate –, die meinen Fall „Frau B.“ ausmachen. Damit deutlich wird, dass es sich um einen für meine Zwecke zugeschnitten exemplarischen Fall und nicht um eine Dokumentenanalyse handelt, werden die Bezüge zur Originalquelle in den Erzählungen nur in Form von Fußnoten und zum Teil nur abschnittsweise angegeben.<sup>197</sup>

### **V 3.1.2 Fallbeschreibung Frau B.**

#### *V 3.1.2.1 Erzählung 1*

Zur Person Frau B.s, zu ihrer Biografie und den aktuellen Lebensumständen erfährt man wenig. Bekannt ist, dass Frau B. mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert wurde (sie verwendet insgesamt einmal den Begriff „Schizophrenes“).<sup>198</sup> Die Berufsausübung musste sie wegen der seelischen Erkrankung aufgeben.<sup>199</sup> Verletzende familiäre Beziehungen in der Kindheit werden nur angedeutet.<sup>200</sup>

Über die Erfahrungen mit der Erkrankung und das psychotische Erleben berichtet Frau B. dagegen ausführlich.<sup>201</sup> Lange Zeit war Selbsthilfe kein Thema für Frau B.: Sogar als die

---

<sup>197</sup> Dasselbe gilt auch für den Fall von Frau R. (vgl. V 3.3).

<sup>198</sup> Vgl. Bellion 1998, 255.

<sup>199</sup> Vgl. Bellion 1998, 249.

<sup>200</sup> Vgl. Bellion 1998, 250.

<sup>201</sup> Vgl. hier und im folgenden Abschnitt: Bellion 1998, 249.

psychotischen Erlebnisse nicht mehr angenehm, sondern bedrohlich gewesen seien und den Blick auf die Realität immer mehr versperrt hätten, habe sie ungestört in ihrer eigenen Welt leben wollen – eine andere „Heimat“ habe sie nicht gehabt. Ihre „psychotische Begabung“ habe sie behalten wollen. Es kommt zu einem mehrwöchigen Aufenthalt in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung. Jetzt beginnt sie zu begreifen, dass ihr ihre Angelegenheiten aus dem Ruder gelaufen sind. Sie berichtet: „Ich setzte die Neuroleptika ab, um einen klaren Kopf zu bekommen. Und da wußte ich: Ich will nicht, daß über mich verfügt wird! Also muß ich etwas tun, um in der Realität zu bleiben.“ Seit einigen Jahren sei sie nun damit beschäftigt herauszufinden, was ihr helfe, in der Realität zu bleiben und „psychotische Erlebnisse“ zu vermeiden.

#### *V 3.1.2.2 Erzählung 2* <sup>202</sup>

Um nicht in eine Verfassung zu kommen, die Halluzinationen begünstigt, bemüht Frau B. sich, „[...] ein einigermaßen geregeltes Leben [...]“ zu führen, mit genügend Nachtschlaf und einem halbwegs geregelten Tagesablauf mit geregelten Mahlzeiten. Persönlich sinnvolle Beschäftigungen erachtet sie ebenfalls als wichtig: Ich „[...] muß meine Interessen ernst nehmen und ihnen nachgehen. Es ist egal, ob andere davon wissen und was sie davon halten. Ein Beispiel: Jahrelang schrieb ich meine Nachträume auf. Wenn ich mich bei Tagträumen erwischte, notierte ich auch diese Träume. Das gilt allgemein als Blödsinn, aber für mich war es von Nutzen.“ In diesem Zusammenhang stellt sie fest: „Seitdem ich mir nicht mehr so viel Mühe gebe, meine Eigenarten zu verheimlichen, bin ich gelassener, ruhiger.“

Um die Realität besser wahrnehmen zu können, benötigt Frau B. täglich viel Zeit für sich allein. „Dabei darf ich nicht gestört werden. Diese Zeit brauche ich zum Dösen, zum Nachdenken, zum Lesen, zum Löcher in die Luft gucken, zum Nichtstun. Wenn ich mir diese Zeit nicht nehme, gerate ich aus dem Gleichgewicht. Genauso wichtig wie die Zeit für mich allein ist es, Zeit mit anderen Menschen zu verbringen. Kontakt zu Mitmenschen ist ein heikler Punkt für mich – oft fühle ich mich nämlich so verletzt, daß ich mich endgültig von Menschen zurückziehen möchte. Aber gemeinsam kochen, einander vorlesen, sich gegenseitig die Haare schneiden, einander erzählen usw. nimmt etwas weg von meiner Gewißheit, absolut und sowieso allein zu sein. Regelmäßiger freundlicher Umgang mit anderen ist deshalb lebensnotwendig für mich.“

---

<sup>202</sup> Vgl. zu Erzählung 2: Bellion 1998, 249 f.



### *V 3.1.2.3 Erzählung 3*

Für die Selbsthilfe ist des Weiteren die Atmung bedeutsam: „Eine gleichmäßige Atmung ist wichtig. Und die sollte nicht zu flach sein. Das klingt selbstverständlich – für mich ist es aber eine Arbeit, die ich nicht schnell nebenbei erledigen kann. Eine Atmung, die tief und regelmäßig ist, ist die Voraussetzung für ein sicheres Gefühl im Leben. In kritischen Situationen, wenn das Gefühl für meinen Körper schwindet, versuche ich, mich auf meine Atmung zu konzentrieren. Solange ich meinen Atem günstig beeinflussen kann, darf ich zuversichtlich sein.“<sup>203</sup>

Die Verankerung durch den Atem ist für Frau B. auch dann zentral, wenn sie ohne Medikamente und mit der Unterstützung eines Kreises befreundeter Helfer, von denen manche ebenfalls eine psychische Krankheit haben, eine akute psychotische Phase zu überwinden versucht. Dann kann sie die Atmung jedoch nicht immer selbst steuern, sodass Personen von außen auf ihre Atmung einwirken müssen, um sie im Gleichgewicht zu halten.<sup>204</sup>

### *V 3.1.2.4 Erzählung 4*<sup>205</sup>

Auch das Spüren des Körpers wird als ein wesentlicher Aspekt der Selbsthilfe thematisiert: „Es ist wichtig, daß ich meinen Körper spüre. Darauf bin ich zufällig gekommen, weil ich ihn plötzlich spürte. [...] Ich fror, ich konnte meinen Körper spüren. Dieses Erlebnis dauerte nur wenige Augenblicke und war unglaublich beeindruckend. Ich ahnte, daß andere Menschen sich immer spürten und daß mir etwas Entscheidendes entging. Um wenigstens ab und zu meinen Körper zu spüren, begann ich zu experimentieren. Inzwischen weiß ich: Es ist gleichgültig, ob ich mich für Radfahren, Bauchtanz, Joggen, Bodybuilding, Tai Chi oder sonstwas entscheide – alles kann helfen oder vergeblich sein. Um in Kontakt mit meinem Körper zu sein, muß ich diesen Kontakt mehrmals täglich erneuern oder überhaupt herstellen. Auf welche Weise, ist egal. Manchmal hilft Holzhacken, manchmal reicht ein tiefes Luftholen.“

Das Spüren des eigenen Körpers hilft Frau B. überdies, ihren seelischen Zustand wahrzunehmen, also zu fühlen, wie es ihr psychisch geht. Auf diese Weise kann sie bspw. besser beurteilen, ob ihr eine Situation nur unbehaglich ist oder ob die Situation schädlich für sie sein könnte. Der Maßstab ist dabei nicht irgendeine Norm, sondern ihr eigenes

---

<sup>203</sup> Bellion 1998, 250.

<sup>204</sup> Vgl. Bellion 1998, 254.

<sup>205</sup> Vgl. zu Erzählung 4: Bellion 1998, 250 f.

Empfinden: „Fühlen, empfinden, merken, wie es mir geht – diese Fähigkeiten habe ich allmählich für mich erobert und entwickle sie. Solange ich spüre, fühle, empfinde, bin ich nicht in dem Zustand, in dem Halluzinationen und Wahnideen gedeihen.“

### **V 3.1.3 Fallerschließung**

#### *V 3.1.3.1 Erste Einschätzung des Falls und festgelegte Bedeutungseinheiten*

In den Erzählungen, so meine erste Einschätzung, zeigen sich Frau B.s sehr individuelle Bemühungen, der Psychose entgegenzusteuern und sie zugleich als Teil ihres Lebens anzunehmen. Es handelt sich in dieser Hinsicht m.E. auch um eine kluge Einstellung, wie man als Person mit dem Stigma einer Schizophrenie-Diagnose leben kann. Zudem zeigt sich eine Abgrenzung gegenüber der Institution „Psychiatrie“, ihren Behandlungsmethoden und Deutungsansprüchen, und das Wiedererlangen von Lebenssouveränität wird thematisch. Es ist außerdem davon auszugehen, dass Frau B. über ein gewisses Maß an inneren und äußeren Ressourcen verfügt, denn der von ihr gewählte Weg, mit der Psychose umzugehen, ist eigenwillig und stellt ein gewisses Wagnis dar. Neben dem Bewältigen der seelischen Erkrankung zeichnen sich inhaltlich auch allgemeine Themen der Lebensführung und die Suche nach einem Zugang zur eigenen Leiblichkeit ab.

Meiner Ansicht nach bestätigt sich nach einer ersten Einschätzung der Erzählungen, dass mit „Selbsthilfe“ nicht bloß „Maßnahmen“ oder „Strategien“ der Bewältigung gemeint sind, sondern auch eine „Haltung“ des Sich-um-sich-Kümmerns.

Folgende Bedeutungseinheiten zum Fall wurden festgelegt:

- Frau B.s Sicht ihrer seelischen Erkrankung
- Erfahrungen mit dem medizinisch-psychiatrischen Hilfesystem
- Das Ziel, in der Realität zu verbleiben
- Ein einigermaßen geregeltes Leben führen
- Persönlich sinnvolle Beschäftigungen
- Persönliche Eigenarten
- Verhältnis von Alleinsein und Kontakten
- Bedeutung der Atmung
- Den Körper spüren

#### *V 3.1.3.2 Frau B.s Sicht ihrer seelischen Erkrankung*

Zuerst fällt durch die von ihr gewählten Begriffe auf, dass Frau B. eine an der Psychopathologie orientierte Sprache verwendet. Dies wird deutlich, wenn sie bspw. von

psychotischen Erlebnissen, Halluzinationen, Wahnideen o.Ä. spricht. Eine solche Selbstzuschreibung ist nicht erstaunlich, da Frau B. mit dem psychiatrischen System in Berührung gekommen ist. Auffällig ist dazu, dass sie fast ausschließlich den Begriff „psychotisch“ verwendet, nicht aber „schizophren“. Dies könnte ein erster Hinweis auf eine Stigmatisierungsproblematik sein, denn die „[...] metaphorische Bedeutung des Wortes Schizophrenie enthält ein [...] hohes Missbrauchspotential, [...] auch wenn der Bedeutungsgehalt des Wortes Schizophrenie medizinisch nicht gravierender ist als jener des Wortes Psychose“ (Amering et al. 2002b, 26; mit Bezugnahme auf Finzen 1996).

Das psychotische Erleben wird von Frau B. einerseits als eine Entwicklung vom Angenehmen hin zum Bedrohlichen beschrieben (vgl. Erzählung 1).<sup>206</sup> Andererseits fallen in diesem Kontext zwei interessante sprachliche Ausdrücke auf, die Frau B. wählt, und zwar die „psychotische Begabung“ sowie der Begriff „Heimat“ (vgl. Erzählung 1).

Bei der „psychotischen Begabung“ werden zwei Begriffe zusammengefügt, die so normalerweise nicht kombiniert werden. Der Begriff „Begabung“ ist positiv konnotiert. Er meint eine natürliche Anlage zu bestimmten Leistungen und kann mit Synonymen wie Talent, Fähigkeit oder Genie gleichgesetzt werden (vgl. Dudenredaktion 2002, 183 f.). Dagegen würde man den psychotischen Zustand eher mit den Antonymen von Begabung, etwa Unvermögen oder Schwäche, in Verbindung bringen. Frau B. nimmt durch ihre Begriffsschöpfung demnach eine Umdeutung vor, die sich m.E. von einer pathologischen Sichtweise absetzt.

Was könnten die Hintergründe einer solchen Begriffsschöpfung sein? Meiner Meinung nach ist nicht davon auszugehen, dass Frau B. einfach die angenehmen Seiten des psychotischen Erlebens hervorheben will. Wie erwähnt, benennt sie explizit die bedrohlichen und unangenehmen Aspekte des psychotischen Erlebens, die sie zu vermeiden sucht. Ich nehme deshalb an, dass Frau B. den Begriff „Psychose“ im Sinne einer „Entängstigung“ wie auch eines Empowerments enttabuisieren will, und zwar in Form eines wortschöpferischen Appells. Auch ein Anti-Stigma-Bewusstsein spielt vermutlich eine Rolle. Stigmatisierung und Diskriminierung gelten insgesamt als Hauptprobleme für die Behandlung, die Überwindung und das Leben mit psychiatrischen Störungen: Aufgrund von Stigmatisierung leiden Menschen an einer zweiten Erkrankung (Amering/Schmolke 2007,

---

<sup>206</sup> Aus psychiatrischer Sicht (vgl. im Folgenden: Dörner/Plog 1990, 529 f.) steht die Art des psychotischen Erlebens u.a. mit der Angstabwehr in Zusammenhang. Wenn sich jemand in seiner Angstabwehr zerkämpfen muss (Angst vor der Angst), wird er dies als sehr quälend erleben. Dies sieht anders aus, wenn die Angstabwehr mehr projektiv gegen andere gerichtet ist.

63; in Anlehnung an Finzen 2001). Hingegen korrelieren z.B. idiosynkratische, nicht mit dem medizinischen System übereinstimmende Annahmen zur eigenen Erkrankung mit einer höheren Lebensqualität (vgl. Amering/Schmolke 2007, 70). Frau B. findet somit einen eigenen kreativen Weg, mit dem Stigma umzugehen, und stellt sich auf diese Weise nicht als passives Opfer von Vorurteilen dar.

Darüber hinaus verweisen die von Frau B. gewählten Begriffe „Heimat“ und „psychotische Begabung“ auf das Suchen einer ganz bewussten Gestaltung des Lebens *mit* der eigenen Erkrankung.

Sacks liefert zu dem von mir hier Gemeinten ein aufschlussreiches Beispiel (vgl. im Folgenden Sacks 2007, 105 ff.; Übersetzung C.J.): Der Patient Ray leidet seit seinem vierten Lebensjahr an einem Tourette-Syndrom und wird von Sacks im Erwachsenenalter mit Haldol behandelt. Das Medikament zeigt nach anfänglich katastrophalen Nebenwirkungen schließlich wunderbare Effekte: Ray wird symptomfrei, wodurch sich seine sozialen Lebensumstände wie z.B. die Ehebeziehung stabilisieren. Nach einiger Zeit beginnt Ray jedoch Schwierigkeiten mit seinem – wie er es nennt – „Haldol-Selbst“ zu bekommen, da er sich zwar als nüchtern, gefestigt und stabil erlebt, ihm jedoch seine wilden Einfälle, Fantasien und Inspirationen abhandengekommen sind. Er beginnt bspw. seine spielerische Seite, ja, sogar die Fähigkeit zu plötzlichen zügellosen Bewegungen oder zu derber Chuzpe zu vermissen. Gemeinsam mit Sacks fasst Ray deshalb den bedeutsamen Entschluss, Haldol während der Arbeitswoche pflichtbewusst zu nehmen, an den Wochenenden die Medikation jedoch auszusetzen, um sich selbst freien Lauf zu lassen.<sup>207</sup>

Sacks' Fallbeispiel veranschaulicht, wie ich finde, auf beeindruckende Weise, wie der Patient Ray Verhaltens- und Erlebensweisen, die üblicherweise lediglich einer krankheitsbedingten Symptomatik zugerechnet werden und die außerdem sozial „behindernd“ sind, als dem Selbst zugehörig anerkennt. Am Ende möchte er sie nicht mehr (oder zumindest nicht ganz) missen. Sie stellen insofern eine „echte“ Heimat für ihn dar.

Ich stimme mit Sacks daher überein, dass man in einem solchen Fall davon sprechen kann, dass die Krankheit transzendiert wurde und dass das erreicht wurde, was Nietzsche mit Großer Gesundheit meint (vgl. ebd., 107). Die nämliche Gesundheit ist laut Nietzsche – so wurde an früherer Stelle ausgeführt – stärker, gewitzter, zäher, verwegener und lustiger als die üblichen Gesundheitens bisher und sie vermeidet vor allem „[...] alle Küsten eines idealischen ‚Mittelmeers‘ [...]“ und muss „[...] aus den Abenteuern der eigenen Erfahrung

---

<sup>207</sup> Zum Zeitpunkt von Sacks' Bericht praktiziert der Patient Ray diese Vorgehensweise bereits seit drei Jahren mit Erfolg (vgl. Sacks 2007, 106).

wissen [...]“, wie die eigenen Ideale erobert und entdeckt werden können (Nietzsche 1999a, 532).

In Bezug auf Frau B. würde ich die Behauptung wagen, dass auch sie ein volles Leben als Individuum anstrebt, in das die eigene Krankheit ohne Vorbehalte integriert ist. In Anlehnung an Nietzsches Große Gesundheit lässt sich somit auch eine Selbstsorge-Haltung feststellen.

Der Begriff „Heimat“ könnte aber auch unter dem Blickwinkel der Pathologie betrachtet werden: In diesem Sinn ließe er sich dahingehend lesen, dass die psychotische Welt zu einem gewissen Zeitpunkt in Frau B.s Leben „alternativlos“ war, weil ihr andere Möglichkeiten fehlten. Da Frau B. krankheitsbedingt fremd ist in der Welt, benötigt sie die eigene psychotische Welt als eine Ersatz-Heimat. Aus einer krankheitsfokussierten Perspektive wäre hier also von einem für die Schizophrenie typischen Rückzug von der Welt auszugehen. In der einschlägigen psychiatrischen Literatur (vgl. z.B. Dörner/Plog 1990, 155) wird eine solche extreme Form der Weltlosigkeit und Zurückgenommenheit aus Kontakten bestätigt.

Die beschriebene Lesart kann zwar eine Berechtigung in Bezug auf eine bestimmte Krankheitsphase in Frau B.s Leben haben. Meiner Meinung reicht es aber nicht, „Heimat“ nur in dieser Hinsicht zu deuten. Gerade in Verbindung mit dem Begriff der psychotischen Begabung, und wie auch die weiteren Interpretationen zeigen werden, tritt die „empowernde“ Bedeutung in Verbindung mit der Begriffswahl deutlich hervor.

#### *V 3.1.3.3 Erfahrungen mit dem medizinisch-psychiatrischen Hilfesystem*

Weshalb und unter welchen Umständen ein Aufenthalt in der Nervenklinik erfolgt, wird aus den Erzählungen nicht klar. Frau B.s Empfinden nach geraten die „Dinge“ in der Klinik jedoch außer Kontrolle (vgl. Erzählung 1). Grundsätzlich kann hierzu bemerkt werden, dass das Auftreten einer schweren seelischen Erkrankung ein sehr einschneidendes und schwieriges Ereignis in der Lebensgeschichte eines Menschen darstellt: „Eine kognitive/schizophrene Psychose kann in eine tiefe nachhaltige Verunsicherung führen und eine große Orientierungslosigkeit bewirken [...]“ (AG der Psychoseseminare o.J., 18).

Bemerkenswert ist aber, dass Frau B. – zumindest in der nachträglichen Darstellung – kämpferisch auf ihre Situation als Psychiatriepatientin reagiert. „Ich will nicht, daß über mich verfügt wird!“ (vgl. Erzählung 1). Dieser Satz ist meiner Meinung nach eines der leitenden Motive für ihre Bemühungen, sich um sich selbst zu kümmern. Nicht nur das Leiden unter der Krankheitssymptomatik, sondern auch die Sorge vor einer andauernden

Fremdbestimmung treibt sie dazu an, in der „Realität“ verbleiben und psychotische Erlebnisse vermeiden zu wollen. Durch die Erfahrung der psychiatrischen Hospitalisierung wird Frau B. m.a.W. dazu gebracht, am Versagen ihrer „Selbstzwangapparatur“ (Norbert Elias) zu arbeiten.<sup>208</sup>

Im Zusammenhang mit Frau B.s Psychiatrieerfahrungen soll auch ihre Einstellung zur psychopharmakologischen Medikation untersucht werden.

Ihre Aussage, dass sie die Neuroleptika absetzen wolle, „[...] um einen klaren Kopf zu bekommen“, mutet zunächst befremdlich an. Eigentlich dienen Neuroleptika ja dazu, die psychotische Verwirrung zu beheben oder zumindest zu lindern (vgl. auch Rädler et al. 2012, 158).

Womit könnte die Ablehnung der Neuroleptika demnach zu tun haben? Es ist bekannt, dass Psychopharmaka auch Abläufe im Gehirn beeinflussen, „[...] die nichts mit der Psychose zu tun haben. So werden nicht nur psychotische Botschaften und Ängste, sondern auch andere Wahrnehmungen und Gefühle gebremst. Das kann notwendig *und* hinderlich sein“ (AG der Psychoseseminare o.J., 23; Hervorhebung im Original).<sup>209</sup>

Die unangenehm oder teilweise sogar gravierenden Nebenwirkungen der Neuroleptika sind als alleiniger Grund für Frau B.s kategorische Ablehnung der Medikation m.E. aber nicht ausreichend. In dem Umstand, dass Frau B. ohne die Medikamente wieder einen klaren Kopf bekommen will, wird – neben ihrem persönlichen Eigensinn – zugleich die Frage nach der grundsätzlichen Wahlfreiheit des Subjekts offenbar. Dadurch, dass Frau B. sich gegen die heute dominierende und oft unhinterfragte psychopharmakologische Standardbehandlung stellt, erinnert sie daran, dass auch in dieser Hinsicht eine Wahlfreiheit des Individuums besteht.

Die Lebensführung ohne psychopharmakologische Behandlung, wie Frau B. es versucht, bedeutet darüber hinaus, dass sie sich eine Haltung der Autonomie bewahrt. Denn i.d.R. ist das Leben mit einer schwerwiegenden seelischen Erkrankung durch eine erhöhte Abhängigkeit, z.B. von medizinischen und sozialen Hilfesystemen, geprägt.

Zwei wichtige Argumente lassen sich meiner Meinung nach anführen, um bei Frau B. von einem Ansatz der Selbstsorge zu sprechen: Erstens wird die Distanzierung von der traditionellen medizinisch-psychiatrischen Hilfe nicht naiv vollzogen, sondern basiert auf

---

<sup>208</sup> Es sei hier daran erinnert, dass die Schaffung des psychiatrischen Devianzschemas „normal – anormal“ in einem direkten Zusammenhang mit der für den Menschen der Moderne symptomatischen „Selbstbezwingung“ gesehen werden kann (Pohlen/Bautz-Holzherr 2001, 75; mit Bezugnahme auf Elias 1976).

<sup>209</sup> „Bisher ist es der modernen Forschung nicht gelungen, Psychopharmaka zu entwickeln, die bei überlegener Wirksamkeit keine Nebenwirkungen verursachen“, so die Aussage von Rädler et al. (2012, 156).

einer nüchtern wirkenden Analyse der Lebenssituation: Ein solcher Alleingang ist gefährlich und könnte schiefgehen (vgl. V 3.1.1). Insofern könnte man mit Bezugnahme auf Schmid von einer „klugen Wahl“ ausgehen (Schmid 1998, 188 ff.). Eine solche zeichnet sich laut Schmid u.a. dadurch aus, „[...] dass es einem Selbst um sein eigenes Leben geht, dass es davon ausgehend seine Interessen vertritt und dafür auch Nachteile in Kauf nimmt [...]“ (ebd., 222). Zweitens ist das Anstreben einer Balance von Autonomie und Abhängigkeit ein zentraler Aspekt einer selbstsorgenden Haltung (vgl. Küchenhoff 1999b, 156).

#### *V 3.1.3.4 Das Ziel, in der Realität zu verbleiben*

In der „Realität“ zu bleiben, ist ein Ziel von Frau B.s Selbsthilfe (vgl. Erzählung 1). Dieser Punkt wird nicht im Detail ausgeführt, aber als ein Ergebnis meiner Analysen lassen sich die beiden folgenden Sichtweisen gegenüberstellen: Aus pathologieorientierter Perspektive gilt die Realitätsauffassung von Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind, einerseits als (häufig) gestört (vgl. z.B. Rudolf 2000, 22). Andererseits – so der ressourcenorientierte Blick – kann die schizophrene Realitätswahrnehmung aus philosophischer und psychiatrisch-anthropologischer Perspektive betrachtet werden. Die entsprechenden Ansätze betonen, dass man sich bezüglich einer Definition von „Realität“ nur wundern kann, „[...] wie selbstverständlich wir bestimmten Begriffen und Beobachtungen eine allgemein gültige Bedeutung zuordnen, obwohl doch jeder einzelne Mensch ganz persönliche, höchst unterschiedliche Erfahrungen damit verbindet“ (AG der Psychoseseminare o.J., 10). Somit ist die schizophrene Realitätswahrnehmung u.a. eine „[...] extreme Form des Eigensinns [...]“ (vgl. ebd., 7).

#### *V 3.1.3.5 Ein einigermaßen geregeltes Leben führen*

In Erzählung 2 wird das Führen eines mehr oder weniger geregelten Lebens als ein wichtiger Punkt der Selbsthilfebemühungen angeführt.

„Geregelt“ meint in diesem Kontext zunächst vermutlich so etwas wie: geordnet, übersichtlich oder auch regelmäßig wiederkehrend. Frau B. muss sich um das geregelte Leben jedoch „bemühen“. Die den Begriff „geregelt“ ergänzenden Adjektive „einigermaßen“ und „halbwegs“ sind weitere Indikatoren dafür, dass Frau B. eine solche Art der Lebensführung nicht (oder zumindest nicht immer) leicht gelingt. Nur durch stetige Anstrengung, die zudem mit der Möglichkeit des Scheiterns verbunden ist, scheint das geregelte Leben realisierbar. In Anlehnung an Kipke könnte man hier deshalb von sog. Initiativhandlungen sprechen, die – im Kontext des selbstformenden Handelns – in Kontrast zu den Gewohnheitshandlungen stehen (vgl. Kipke 2011, 67).

Welche Bereiche des Lebens geregelt werden sollen, wird in der Erzählung 2 ebenfalls aufgelistet: der Nachtschlaf, der Tagesablauf und die Mahlzeiten. Auf die eigenen Grundbedürfnisse, wie z.B. Essen, Trinken, Schlaf etc., zu achten, wird auch in Zusammenhang mit „Selbstschutzmaßnahmen“ für Psychiatrieerfahrene empfohlen (vgl. AG der Psychoseseminare o.J., 28).

Aus einer pathologieorientierten Perspektive könnte man nun zu der Annahme neigen, dass Frau B. sich nur deshalb um die Regulierung der o.g. Grundbedürfnisse kümmert, weil Menschen mit einer psychotischen Erkrankung in diesem Bereich besondere Defizite aufweisen. Daher soll auch eine ressourcenorientierte Betrachtungsweise versucht werden: erinnert man sich an die an früherer Stelle dargelegten Theorien der Gesundheit, so wird ein Bezug zu den „sex res non naturales“ erkennbar. Diese sechs Felder umfassen u.a. den Umgang mit Essen und Trinken, mit Tätigsein und Muße sowie mit Schlafen und Wachen (Schipperges 1990, 112 f.). Sie sind im Rahmen der diätetischen Lebensordnung von der Natur zwar vorgegeben, aber auch darüber hinaus jedem Menschen generell zur Gestaltung aufgegeben (ebd., 25). Zudem hat die Gesundheit aus einer allgemeinen anthropologischen Sicht laut Gadamer immer mit der Rhythmik des Lebens zu tun, einem Vorgang, in dem sich stets aufs Neue ein Gleichgewicht stabilisieren muss; sie zeigt sich bspw. in den Phänomenen des Schlafs oder der Atmung (vgl. Gadamer 1993, 145).

Zusammenfassend plädiere ich deshalb dafür, Frau B.s Bemühungen um das rhythmische Ausbalancieren der verschiedenen Lebensbereiche nicht nur als eine krankheitsbedingt protektive, sondern auch als eine gesundheitsförderliche bzw. gesundheitsrelevante Praxis der Selbstsorge zu begreifen.

#### *V 3.1.3.6 Persönlich sinnvolle Beschäftigungen*

„Persönlich sinnvolle Beschäftigungen“ (vgl. Erzählung 2) werden von Frau B. in Zusammenhang mit der Selbsthilfe ebenfalls hervorgehoben.

Durch die Präzisierung „*persönlich* sinnvoll“ wird das Eigene oder Individuelle betont. Außerdem werden die eigenen Beschäftigungen und Interessen denjenigen der anderen entgegengesetzt: Sie werden einesteils potenziell vor den anderen geheim gehalten („Es ist egal, ob andere davon wissen [...]“), andernteils werden sie einer Fremdbeurteilung entzogen („egal, [...] was sie davon halten“) (vgl. Erzählung 2).

Frau B. schafft erneut einen Gegensatz oder eine Abgrenzung zwischen sich und „den Anderen“. Es drückt sich im hier Gesagten – wie auch schon an früherer Stelle (vgl. V 3.1.3.2) – vermutlich eine Stigmatisierungsproblematik aus. Um ein Stigma zu vermeiden,



kann es manchmal richtig sein, die Krankheit zu vertuschen, vor allem auch dann, wenn der Gesundheitszustand relativ stabil ist (vgl. Amering et al. 2002b, 25). Das Geheimhalten der persönlichen Vorlieben oder Beschäftigungen und die Gleichgültigkeit gegenüber möglichen Negativbeurteilungen von außen wären demnach eine Art Selbstschutz.

Als Beispiel einer hilfreichen und persönlich sinnvollen Beschäftigung nennt Frau B. das Notieren von Nacht- und Tagträumen (vgl. Erzählung 2). Wiederum grenzt sie sich von einer Allgemeinheit ab, von der sie annimmt, dass die Beschäftigung mit Träumen als Blödsinn gilt. Ihre Wortwahl und Ausdrucksweise (z.B. die Verwendung des Begriffs „Blödsinn“) lassen hier auf eine eher gelassene bzw. spöttische Form der Distanzierung schießen.

Weshalb wählt Frau B. ausgerechnet die Auseinandersetzung mit den eigenen Träumen als Beispiel einer persönlich sinnreichen Beschäftigung? Geht man der Frage nach, in welchen Zusammenhängen Menschen sich mit ihren Träumen befassen, ist einerseits an eine archaische Tradition der Menschheit zu denken. In unterschiedlichen Kulturen und zu unterschiedlichen Zeiten wurde das, was sich in den Träumen offenbart, als richtungsweisend erachtet (vgl. Lurker 1985, 709). Die Analyse von Traumsymboliken wird aber auch – obzwar in sehr unterschiedlichen Ausdeutungen – in Ansätzen der Psychotherapie angewendet, z.B. bei Freud, Jung oder Adler (vgl. ebd., 709).

Es lässt sich nicht klären, mit welchem biografischen Hintergrund Frau B. dazu gekommen ist, sich mit ihren Träumen zu beschäftigen. Die „Offline-Zustände“ des Träumens, in denen das Ego wesentlich schwächer ist als im Wachzustand (vgl. Metzinger 2011, 197), scheinen Frau B. jedoch eine Form der „inneren“ Orientierung zu bieten. Dass Frau B. sich regelmäßig und gezielt mit ihren Tag- und Nachtträumen befasst und es als nützlich empfindet, verstehe ich als eine Form der Selbstsorge. Aufgrund des Unbewussten des Traummaterials erhält die Selbstsorge eine nicht oder wenig ichzentrierte Qualität.

Da die persönliche Sinnhaftigkeit als das wesentliche und notwendige Kennzeichen der eigenen Beschäftigungen und Interessen hervorgehoben wird, kann mit Frankl und unter Bezugnahme auf das salutogenetische Modell ein Gesundheitsbezug hergestellt werden. Die Suche nach einem Sinn, der das eigene Leben lebenswert macht, gilt gemäß Frankl immer als die grundlegende Sorge des Menschen und ist seines Erachtens „[...] der wahrhaftigste Ausdruck der menschlichen Natur [...]“ (Frankl 2002a, 120 f.).

In einer pathologieorientierten Lesart könnte dagegen behauptet werden, es sei kontraindiziert, wenn Frau B. sich mit ihren Tag- oder Nachttraumwelten befasse. Betrachtet man die Träume als eine Art Gegenpol zu den Realitätserfahrungen und Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung als unter einer gestörten Realitätsauffassung leidend, dann wäre

eine Beschäftigung mit den Träumen für Frau B. ungeeignet oder sogar ihrer Gesundheit abträglich. Dieser Logik zufolge könnte eine krankheitstypische Flucht in eine Privatwirklichkeit konstatiert werden.<sup>210</sup> Meiner Meinung nach greift es zu kurz, Frau B.s Beschäftigung mit den eigenen Traumwelten als eine Flucht vor „der Wirklichkeit“ zu interpretieren. Denn dann würde man ihre hilfreiche und zudem kulturgeschichtlich verankerte Praxis unnötigerweise der Seite der Pathologie zuschlagen.

#### *V 3.1.3.7 Persönliche Eigenarten*

In eine ähnliche thematische Richtung weist Frau B.s Satz: „Seitdem ich mir nicht mehr so viel Mühe gebe, meine Eigenarten zu verheimlichen, bin ich gelassener, ruhiger“ (vgl. Erzählung 2). Während das Geheim-Halten individueller Eigenheiten, das bisweilen zwar nötig sein kann, mit Stressempfinden verbunden ist, verspürt Frau B. Gelassenheit, wenn sie zu ihren persönlichen Besonderheiten steht und sich so zu sich selbst bekennt. Aus einer gesellschaftstheoretischen Perspektive ist es nicht erstaunlich, dass Frau B. sich im Rahmen von Selbstnormalisierungsbestrebungen offensichtlich lange darum bemüht hat, „unangepasste“ Eigenarten für sich zu behalten, bis sie schließlich erkannt hat, dass ihr dies schadet. Denn in der Moderne besteht für das Subjekt nicht nur eine Pflicht zur Selbst- und Fremdführung, sondern auch zur Selbstnormalisierung (vgl. Hirschberg 2008, 140; mit Bezugnahme auf Foucault 1977).

Insgesamt kann bei Frau B. eine Entwicklung in Richtung einer stärkeren Selbstakzeptanz festgestellt werden. Dadurch, dass sie ihre Eigenarten nicht mehr verheimlicht, sich also von Normalitäts- oder bestimmten Anpassungserwartungen zu distanzieren vermag, vollzieht sie einen wichtigen Schritt in Richtung Gesundheit. Ich würde in diesem Kontext nicht nur von einem Anti-Stigma-Prozess, sondern allgemein von einem menschlichen Entwicklungs- und Selbstfindungsprozess ausgehen.

#### *V 3.1.3.8 Verhältnis von Alleinsein und Kontakten*

Frau B. betont zunächst, wie wichtig es für ihre innere Balance sei, ungestört für sich sein zu können. Sie spricht in diesem Zusammenhang von „Zeit für mich allein“ (vgl. Erzählung 2). Ihr Verständnis von „allein“ scheint positiv konnotiert zu sein (etwa im Vergleich zum Begriff der Einsamkeit, der mit Isolation, Vereinsamung oder Abschließung verbunden wäre). Die Art der „Tätigkeiten“, die Frau B. während des Alleinseins pflegt – dösen,

---

<sup>210</sup> Gemeint ist hier der Zustand extremer Dünnhäutigkeit bei einer schizophrenen Psychose, bei dem es aufgrund von äußeren oder inneren Wahrnehmungüberflutungen zu einer Flucht in die eigene Realität kommen kann (vgl. AG der Psychosese minare o.J., 14).

nachdenken, Löcher in die Luft gucken etc. –, wirkt eher passiv, rezeptiv oder klingt nach Müßiggang.

In Erzählung 2 wird aber auch die Notwendigkeit zwischenmenschlicher Kontakte hervorgehoben. Der Kontakt zu anderen wird als ein überwiegend diffiziler und mit Verletzungserfahrungen verbundener Komplex beschrieben. Die von Frau B. geschilderten Kontakte muten tendenziell höflich-distanziert an: Es wird von einem „freundlichen“ Umgang mit anderen berichtet, und als Beispiele des gemeinsamen Tuns werden kochen, einander vorlesen, erzählen oder sich gegenseitig die Haare schneiden genannt.

Auch bezüglich der von Frau B. beschriebenen Kontakte und Beziehungen können eine pathologieorientierte und eine ressourcenorientierte Interpretation vorgenommen werden.

Als ein Ausdruck der schizophrenen Symptomatik wären in der pathologieorientierten Sicht z.B. die extreme Weltlosigkeit und die Zurückgezogenheit bis hin zum Autismus zu nennen (Dörner/Plog 1990, 155). Zu Störungen des sozialen Kontakts kommt es, weil die Grenzen zwischen einer an Schizophrenie erkrankten Person und ihrer Umwelt, aufgrund einer in diesem Kontext angenommenen Ich-Störung, als brüchig gelten (ebd., 153). Zudem würde die psychodynamische Sichtweise besagen, dass bei Schizophrenen ein innerer Grundkonflikt besteht, der aus der nicht gelösten ersten Entwicklungsaufgabe der Subjekt-Objekt-Differenzierung resultiert: Laut Mentzos verfestigt sich das Dilemma zwischen dem Drang zum Objekt einerseits und der Entfernung vom Objekt andererseits in der Schizophrenie zu einer unlösbar scheinenden Konstellation, die sich unter bestimmten ungünstigen Bedingungen zu einem rigiden Konflikt entwickelt (Mentzos 1992, 10 ff.). So sei das ständige Grundproblem Schizophrener: „Wie kann ich die mir lebensnotwendige Nähe, Wärme des Objektes und die Identifikationsmöglichkeiten mit ihm aufrechterhalten, zulassen, nutzen, ohne mein Selbst, meine Selbstidentität zu verlieren, ohne vom Objekt zerstört und verlassen [...] zu werden“ (ebd., 12).

Trotz der Plausibilität dieser Gedanken wird hier von einem fast unentrinnbaren Determinismus ausgegangen und der Person wird wegen der fundamentalen frühen Schädigung die Möglichkeit einer Veränderung tendenziell abgesprochen (vgl. auch Pohlen/Bautz-Holzherr 2001, 94).

Durch die beschädigte Psychodynamik, so eine Konsequenz dieser Lesart, sind Frau B. nur noch unverbindlich-freundliche Begegnungen möglich, nicht aber eine „normale“ Nähe in den Beziehungen.

Kontrastierend soll im Folgenden eine ressourcenorientierte Interpretation vorgenommen werden.

Wie an früherer Stelle erwähnt, gehört es zu der Selbstsorge Erwachsener, die Nähe und die Distanz zu den Mitmenschen immer wieder neu auszutarieren (vgl. Küchenhoff 1999b, 156). Dabei geht es darum, den jeweils richtigen Abstand zu den anderen zu finden. Ein solcher Balanceakt ist zutiefst menschlich: „[...] Im Spannungsfeld zwischen dem sozialen Angewiesensein und der unausweichlichen Einsamkeit eines jeden Menschen muss jeder sich zurechtfinden“ (AG der Psychoseseminare o.J., 26). Eine ressourcenorientierte Perspektive impliziert deshalb, dass jeder Mensch bezüglich der Kontaktgestaltung das Ihm-Gemäße erkennen und erproben muss. „Das jeweils bekömmliche Maß an Nähe und Distanz kann jeder Mensch nur für sich selbst herausfinden und immer wieder ins Gleichgewicht bringen“ (ebd., 25).

Meiner Einschätzung nach kümmert Frau B. sich intensiv darum, ihre Nähe- und Distanzbedürfnisse generell sowie auch situativ auszubalancieren. Sie scheint diesbezüglich ein für sie stimmiges Maß gefunden zu haben. Insofern würde ich von einer gelungenen Selbstsorge sprechen. Zusätzlich sollte Frau B.s Nähe-Distanz-Regulierung als ein Prozess der Pathoplastik betrachtet werden: M.E. werden in ihrer Art, Kontakte zu gestalten, sowohl persönliche Vorlieben und Eigenheiten wie auch krankheitsbedingte Einschränkungen berücksichtigt. Ferner ist der entsprechende Prozess auch gesellschaftlich mitbestimmt. Denn Frau B.s Beziehungsgestaltung hängt auch von den sich ihr (noch) bietenden gesellschaftlichen Möglichkeiten ab. Offenbar gelingt es ihr, „soziale Nischen“ zu finden, in denen sie sich wohl (genug) fühlt.

#### *V 3.1.3.9 Bedeutung der Atmung*

Frau B. berichtet in Erzählung 3 über die Bedeutung einer tiefen, regelmäßigen Atmung, durch die sie ein Gefühl der Sicherheit in Bezug auf das Leben insgesamt, aber auch der Wahrnehmung des Körpers erhält. Da Frau B. von einer „Arbeit, die ich nicht [...] nebenbei erledigen kann“, spricht, ist zu vermuten, dass es ihr nicht leichtfällt, ein entsprechendes Atemgefühl zu erreichen.

Dass Atmung Verankerung und Leben bedeutet, ist ein wesentlicher Ansatzpunkt diverser leibbezogener oder auch meditativer Praktiken (vgl. z.B. Reichelt 1993; Kabat-Zinn 2011). In Zusammenhang mit tiefen, befreienden Atemzügen wird u.a. vom „lebensbringenden Odem“ gesprochen (vgl. Schoop 1981, 75).

Aus neurowissenschaftlicher Perspektive wird der von Frau B. erkannte Zusammenhang zwischen Atmung und erlebter Sicherheit bestätigt. Laut Siegel bewirkt die Praxis des Atembewusstseins eine intrapersonale Einstimmung (Siegel 2010, 224). Das tiefe Gefühl

der Übereinstimmung oder des Einklangs mit sich selbst, das durch eine bewusste Atempraxis entsteht, begründet er folgendermaßen: „Einatmend, ausatmend haben wir eine Entsprechung von *uns selbst* als Fokus der Aufmerksamkeit, und das Abbild von uns selbst mit der Intention, aufmerksam zu sein, und den vorweggenommenen nächsten Schritt in der Abfolge: Während der Ausatmung werden wir für die Einatmung bereit gemacht, und dann kommt sie, und die Abbilder stimmen überein. Mit der Einatmung findet dieselbe vorwegnehmende Ankurbelung statt, Übereinstimmung stellt sich ein, und mit anhaltender intentionaler Aufmerksamkeit wiederholt sich dieser Ablauf. Jene übereinstimmenden Abbilder erzeugen Integration und ein tiefes Gefühl von Ganzheit und Harmonie“ (ebd., 225; Hervorhebung im Original).

Das von Siegel beschriebene Gefühl der Harmonie oder Kohärenz ist zugleich mit dem Erleben im Hier und Jetzt verbunden und umfasst entsprechend ein situatives Moment. Hierdurch wird m.E. eine „tiefe“ Ebene des Selbsterlebens angesprochen, so wie Damasio sie in seinem Konzept des „Kern-Selbst“ formuliert (vgl. Damasio 2009). Ich meine, dass es jener Zustand einer „tiefen“ Kohärenz ist, nach dem Frau B. strebt und der von ihr als ein „sicheres Gefühl im Leben“ bezeichnet wird.

Ferner verweisen leibphänomenologische Überlegungen darauf, dass Atmung und Atemrhythmik die Grunderfahrung der kommunikativen Beziehung zur Welt bedeuten (vgl. Fuchs 2000a, 119). Im Atmen als zentraler Form der leiblichen Dynamik werden das Aufnehmen und Abgeben, der Austausch mit dem Umraum und die leibliche Partizipation auf grundlegende Weise erfahren (vgl. ebd., 118). Demzufolge gehe ich davon aus, dass sich in Frau B.s „Atemübungen“ auch eine intuitive Suche nach einer Verbundenheit mit der Welt ausdrückt.

Frau B. beschreibt vor allem ihr Bemühen um eine gezielte Atemsteuerung. Da es sich beim Atembewusstsein um einen Grenzfall zwischen autonomer Funktion<sup>211</sup> und absichtsvollem Gestalten handelt (vgl. Siegel 2010, 225), kann der Atem auch intentional genutzt werden. Kipke (vgl. 2011, 37 f.) beschreibt im Kontext von Selbstformungspraktiken beispielhaft, wie eine Person sich mittels „Atemtechnik“ selbst zu mehr Angstfreiheit und Selbstbeherrschung erzieht. Überträgt man das Beispiel auf Frau B., dann können die Atemübungen ebenfalls als Ansatz der Selbstformung gedeutet werden.

Jedoch kann das Thema der Atmung auch aus einer pathologieorientierten Perspektive reflektiert werden. In diesem Sinn wären Frau B.s ursprüngliche Tendenz zum flachen

---

<sup>211</sup> Die Atmung wird durch tiefe Stammhirnstrukturen initiiert und hat unmittelbare Auswirkungen auf unseren emotionalen Zustand (Siegel 2010, 225).

Atmen und ihr Ringen um eine tiefe, regelmäßige Atmung als Schutz vor Fusionswünschen zu interpretieren. Eine entsprechende Lesart würde auf dem Gedanken basieren, dass die Fixierungsstelle der Schizophrenie in der oralen Phase liegt (vgl. Siegel 1986, 60). Im sog. „oralen Leibmodus“ (Seewald 2000, 283) ist der Atemvorgang mit dem Negieren des Unterschieds zwischen innen und außen, d.h. einer Einheitserfahrung, verbunden; die Luft durchfließt die Körpergrenze und ist gleichermaßen innen wie außen, ist sie Teil von uns, und wir sind Teil von ihr (vgl. ebd., 285).

Frau B.s intensive Beschäftigung mit der Atmung könnte daher „symptomatisch“ auch als Fusionswunsch oder Fusionstendenz gedeutet werden.<sup>212</sup> Der flache Atem käme dagegen dem Schutz vor einer Fusion gleich.

Der Gedankengang mag weit hergeholt klingen. Er soll aber verdeutlichen, dass die Atmung, der oben beschriebenen Perspektive zufolge, wegen der psychotischen Erkrankung von vornherein als Problemfeld oder als Unvermögen gelten müsste.

Frau B.s Beschäftigung mit der Atmung kann aber, wie ich finde, als ein sinnvoller Ansatzpunkt der Selbstsorge gewürdigt werden.

#### *V 3.1.3.10 Den Körper spüren*

Durch das außergewöhnliche und zufällige Gefühl des Frierens (vgl. Erzählung 4) wird bei Frau B. ein Prozess initiiert, den ich als Suche nach dem Sich-Spüren bezeichnen möchte.<sup>213</sup> Es handelt sich um einen Prozess, der offenbar noch immer andauert. Die Kälteempfindung, verstanden als ein leibliches Sich-Spüren, bedeutet zugleich einen essenziellen Selbstbezug (vgl. auch Waldenfels 2000, 11).

Überdies ist das körperliche Frieren mit einer Art Aha-Erlebnis verbunden. Solche unvermittelten Formen der Erkenntnis werden auch als intuitive Einsichten bezeichnet (vgl. z.B. Eggenberger 1998). Dabei stellt das „[...] Phänomen der Intuition [...] einen Erkenntnisfaktor dar, welcher zur unmittelbaren, umfassenden und ganzheitlichen Erfassung von Sein und Wirklichkeit beiträgt [...]“ (ebd., 1; im Original z.T. mit Hervorhebung). Jene Art des intuitiven Erkennens scheint demnach auf die Situation des Frierens zuzutreffen: Frau B. begreift die Bedeutsamkeit des Spürens plötzlich und mit allen Sinnen. Gerade

---

<sup>212</sup> Mentzos betrachtet das simultane Bestehen von Verschmelzungswünschen und ungeheuren Selbstverlustängsten als ein Beispiel für das Kontradiktorische, das Psychosen kennzeichnet (Mentzos 1991, 36).

<sup>213</sup> Frau B. spricht vom Spüren des Körpers. Aus dem Gesamtkontext lässt sich jedoch schließen, dass damit die Leiblichkeit gemeint ist.

deshalb hat sich die Wichtigkeit des Spürens vermutlich so nachhaltig in Frau B.s Leben verankert.

Umgekehrt verweist Frau B.s Erkenntnis aber auch auf einen Mangel, nämlich das Sich-nicht-spüren-Können. Die Tatsache, dass Frau B. derart überrascht ist, als sie unerwartet friert, lässt eine einschneidende Veränderung oder Beeinträchtigung ihrer Leiblichkeit vermuten.

Des Weiteren scheint Frau B. mit dem Sich-Spüren gewissermaßen zu experimentieren. Sie beschreibt diverse körperliche Aktivitäten und Bewegungsarten, die sie übend immer wieder erprobt, um sich zu spüren. Ihre Äußerung, dass alles vergeblich sein oder auch helfen könne, erweckt zunächst den Eindruck einer unstrukturierten oder beliebigen Vorgehensweise.

Wie ist das bisher Geschilderte zu verstehen?

In pathologischer Hinsicht lässt es sich folgendermaßen deuten: Wie an anderer Stelle dieser Arbeit ausgeführt, sind Menschen, die an einer Schizophrenie leiden, auch im Leibbereich krank (vgl. z.B. Scharfetter 1989, 18). Veränderungen des Spürens und Körpererlebens zählen zur Symptomatik von Psychosen; so z.B. groteske Veränderungen, Dehnungen oder Schrumpfungen von Leibinseln (vgl. Fuchs 2000a, 103). Demzufolge kann Frau B.s Unvermögen sich zu spüren als Symptomatik in Zusammenhang mit der Schizophrenie-Erkrankung interpretiert werden. Analog dazu ließen sich die Körperspür-Versuche Frau B.s als symptombedingtes Verhalten interpretieren: Weil Frau B. sich nicht spürt, probiert sie wahllos alles Mögliche aus, aber es gelingt ihr nicht wirklich, sich zu spüren. Ferner könnte ergänzt werden, das, was sie ausprobiert, sei aufgrund der Erkrankung merkwürdig oder ungeeignet.

Dem zuletzt genannten Argument kann mit einem Beispiel Scharfettters zum „ungewöhnlichen“ Körperspüren eines schizophrenen Patienten begegnet werden: Im Rahmen einer bewegungstherapeutischen Behandlung legt sich ein schizophrener Patient immer wieder mit viel Körperspannung in einer eingerollten, fast zusammengekrümmten Lage auf die Matte (vgl. Scharfetter 1990, 226 f.). Laut Scharfetter findet der Patient so einen ganz eigenen Weg, um zu Wohlbefinden zu gelangen, indem er sich in sich selbst versammelt und sich dadurch als ein konsistentes Wesen spüren kann (vgl. ebd., 227).

Überträgt man die Quintessenz von Scharfettters Fallvignette auf das Beispiel von Frau B., so kann eine ressourcenorientierte Lesart entfaltet werden. Es ist für das Wohlbefinden von Personen mit einer seelischen Erkrankung ausschlaggebend, eigene Wege und Formen in Bezug auf das Sich-Spüren ausprobieren zu können. Diesem „eingeleibten Wissen“ sollte

vertraut werden. Somit können Frau B.s Spür-Versuche alternativ als „experimentelle Technik“ (Schmid 2005, 79) gedeutet werden: „Im Zweifelsfall kommt es für das Selbst darauf an, Versuche zu machen mit sich und seinen Möglichkeiten. Versuche sind dazu da, mit verfügbaren Möglichkeiten zu experimentieren und verschlossene Möglichkeitshorizonte zu öffnen, um nicht im Bestehenden sich einzuschließen“ (ebd.). Außerdem wird hier deutlich, dass der Zugang zum eigenleiblichen Spüren sowieso nie schematisch erfolgen kann, sondern von Situation zu Situation bzw. von Moment zu Moment neu geschaffen werden muss.<sup>214</sup>

Die ressourcenorientierte Perspektive kann noch weitergedacht werden. Ein entscheidender Punkt dabei ist, dass Frau B. sich selber besser kennen lernt, indem sie sich mit dem Spüren befasst. In Erzählung 4 berichtet sie in diesem Zusammenhang, dass sie sich darin übe, anhand von leiblichen „Signalen“ Situationen besser einzuschätzen und „schädliche“ Situationen zu identifizieren. Das eigene Empfinden dient ihr dabei als Richtschnur: „[...] wobei der Maßstab dafür nicht irgendeine Norm, sondern mein eigenes Empfinden ist“ (vgl. Erzählung 4).

Ich gehe daher davon aus, dass Frau B. eine Zugangsweise zur eigenen Leiblichkeit gefunden hat, die den „Leib als Partner“ (Blankenburg 1983) anerkennt und nutzt. Mit dem Letzteren ist ein Konzept gemeint, gemäß dem der Leib in einer gesunden Weise zum Partner werden kann, „[...] und zwar zu einem Partner, den man als eigenständigen zu respektieren hat, dem nicht nur ganz global bei den Lebensplanungen überhaupt ein Mitspracherecht einzuräumen ist, sondern auf den man auch bei einzelnen Entscheidungen hinzuhören lernen kann [...]. Es entwickelt sich [...] eine Art dialogischer Beziehung. Der Leib wird als ein möglicher Gesprächspartner ernstgenommen [...]“ (ebd., 208). In einem ähnlichen Sinn beschreibt Seewalds Konzept der „reflexiven Leiblichkeit“, auf das weiter unten noch Bezug genommen wird (vgl. V 3.1.4.5), die Bedeutung leiblicher Stellungnahmen als Entscheidungs- und Orientierungshilfe (vgl. Seewald 2007, 95 f.).

Durch die steten Versuche sich zu spüren – so das Resümee – entwickelt Frau B. eine Haltung der Selbstsorge. Den Leib zu spüren und ihn als Partner zu gewinnen, stellt sich ihr als Aufgabe, an der sie kontinuierlich arbeitet. Anhand der Interpretation dieses Beispiels wird darüber hinaus deutlich, dass selbst im Falle schwerer seelischer Erkrankungen ein

---

<sup>214</sup> Eine solche Sichtweise wird u.a. in Zusammenhang mit achtsamkeitsbasierten Verfahren vertreten: In ihnen wird das Sichentfalten der Erfahrungen von Moment zu Moment betont (vgl. Siegel 2010, 30; mit Bezugnahme auf Kabat-Zinn 2003).



„eingeleibtes“ Wissen existiert, an das die Selbstsorge einer Person anknüpfen und das zu einer grundlegenden Selbsterkenntnis beitragen kann.

### **V 3.1.4 Reflexionen zum Fall Frau B.**

Im Sinne einer Fallsynthese erfolgen in den nächsten Kapiteln Reflexionen, in denen die Eindrücke und Überlegungen zum Fall Frau B. nochmals gebündelt werden (vgl. V 3.1.4.1 bis V 3.1.4.5). Dabei geht es zuerst um eine allgemeine Einschätzung der Selbstsorge Frau B.s. Danach werden die Gesundheitsbezüge, die thematische Ausrichtung und die leibliche Prägung der Selbstsorge geklärt. Den Abschluss bildet eine Skizze möglicher pädagogischer Implikationen, die im Rahmen einer Gesundheitsförderung von Bedeutung sein könnten. – Wie im Zusammenhang mit den methodischen Überlegungen bereits erwähnt, werden alle Fälle im Hinblick auf die o.g. Gesichtspunkte reflektiert. Daher wird in den Fällen von Herrn F. und Frau R. nicht mehr gesondert auf diese inhaltliche Abfolge hingewiesen.

#### *V 3.1.4.1 Allgemeine Einschätzung der Selbstsorge*

Wie ist Frau B.s Selbstsorge generell zu beurteilen?

Als Erstes sollte in diesem Zusammenhang Frau B.s Abkehr vom medizinischen System genannt werden. Ihr Wunsch bzw. Wille, wieder mehr Wahlfreiheit in Bezug auf die Gestaltung des eigenen Lebens zu erhalten, kann mit der Formel „Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung“ auf den Punkt gebracht werden. Hierin liegt ursprünglich ein wichtiges Motiv ihrer Selbstsorge. Somit bezeichnet der Prozess ihrer Selbstsorge sowohl die Suche nach dem Eigenen und Ihr-Gemäßen als auch die Behauptung dieses Eigenen gegenüber der Institution „Psychiatrie“. Die Tatsache, dass Frau B. zwischen dem Verheimlichen und dem Zugeben ihrer (krankheitsbedingten) Eigenarten abmessen muss, verweist zudem auf eine Stigmatisierungsproblematik und eine Gesellschaft, in welcher der Gedanke der Inklusion noch nicht verwirklicht ist bzw. in der noch keine „Vielfalt von Gleichberechtigten“ (Thorbrietz 2012, 29) besteht.

Des Weiteren kann festgestellt werden, dass es wenig hilfreich ist, wenn Selbstsorge und Krankheitssymptomatik als ein unvereinbares Entweder-oder aufgefasst werden. Bei „Frau B.“ zeigt sich nämlich eine „Verwobenheit“ von Symptomatik und Selbstsorge. So führt bspw. die leiblich-intuitive Erkenntnis, sich nicht spüren zu können (also ein Krankheitssymptom), Frau B. dazu, sich intensiv mit der eigenen Leiblichkeit zu befassen und „selbstsorgend“ eine Veränderung anzustreben. Für das Verständnis einer solchen Verflechtung ist meiner Meinung nach Frankls Konzept der Pathoplastik sehr hilfreich. Es zielt, wie an früherer Stelle erwähnt, auf den gestaltenden Umgang mit der Erkrankung und

betont die diesbezügliche Freiheit trotz der seelischen Erkrankung (vgl. Frankl 1987; vgl. Kurz o. J.).

Neben dem gestaltenden Umgang mit der seelischen Erkrankung bezieht sich Frau B.s Selbstsorge auch auf eine Auseinandersetzung mit allgemeinen Fragen der Lebensführung. Gemeint sind hier die individuellen Gestaltungserfordernisse bestimmter Lebensfelder (Schlafkultur, Ernährung usw.) oder der Regulierung von Nähe und Distanz. Die damit verbundenen Gesundheitsbezüge werden im anschließenden Kapitel diskutiert.

#### *V 3.1.4.2 Gesundheitsbezüge der Selbstsorge*

Dadurch, dass Frau B. sich in verschiedener Hinsicht um ein geregeltes Leben kümmert, klingen Bezüge zum Gedankengut der Diätetik an. Ihre Bemühungen um eine Rhythmisierung des Schlafs, des Tagesablaufs oder der Ernährungsgewohnheiten weisen Parallelen zu den „sex res non naturales“, den Regelkreisen gesunder Lebensführung, auf. Es handelt sich nicht nur um eine krankheitsbestimmte protektive Praxis, sondern Frau B. erprobt, auf welche Weise individuell abgestimmte „diätetische Leitlinien“ ihrem Leben einen geeigneten Rahmen geben könnten. Das sich hierdurch auch zeigende Bemühen um eine seelische Stabilität kann überdies mit dem klassischen Kerngedanken der Gesundheitsförderung, dem Streben nach Balance und Ausgleich (vgl. Seewald 2008, 67), in Verbindung gebracht werden.

Weitere Gesundheitspotenziale können erschlossen werden, wenn Frau B.s Selbstsorge anhand von Antonovskys (1997) Konzept des Kohärenzsinns untersucht wird, nämlich den Dimensionen der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

Der Aspekt der „Verstehbarkeit“ bildet sich hauptsächlich in Frau B.s angestrebter Haltung ab, ihr Eigenes, ihren Eigenwillen und auch ihre Eigenarten zu erkennen, zu verstehen und zu akzeptieren. Indem Frau B. zu begreifen versucht, wie sie selbst „tickt“, strebt sie nach Selbsterkenntnis. Dies ist meiner Meinung nach unerlässlich, damit sie die Geschehnisse des Lebens insgesamt begreifen und einordnen kann. Im Kontext der Verstehbarkeit scheint es außerdem bedeutsam zu sein, dass Frau B. vieles versteht, was die „Gesetzmäßigkeiten“ ihrer seelischen Erkrankung und möglicher Genesungswege betrifft. Frau B. hat bspw. begriffen, dass das Auftreten von Halluzinationen – m.a.W. ein Rückfall in die Psychose – nur indirekt beeinflussbar ist (vgl. Erzählung 2). Dies entspricht dem anthropologischen Grundsatz der Nicht-Machbarkeit von Gesundheit: Für die Gesundheit können lediglich günstige Bedingungen geschaffen werden (vgl. Seewald 2008, 67; mit Bezugnahme auf Gadamer 1993, 146).

Der Aspekt der Handhabbarkeit wird dadurch gefördert, dass Frau B. ihr Leben im Sinne der Pathoplastik ganz bewusst gestaltet. Durch die Arbeit am leiblichen Spüren gelingt es ihr, sich besser in der Realität zu verankern. Aber auch andere „Regulierungsbemühungen“ im Rahmen der Selbstsorge (z.B. die Kontakte oder den Tagesablauf betreffend) tragen dazu bei, ihr Leben strukturierter und somit handhabbarer zu machen.

Frau B.s Selbstsorge unterstützt großenteils die Dimension der Bedeutsamkeit bzw. des Sinns. Sich endlich solchen Beschäftigungen oder Interessen zu widmen, die ihr persönlich als sinnvoll erscheinen, und dazu stehen zu können, ist dabei wesentlich. Im Fall von Frau B. meint die Sinndimension überdies, im Rahmen der gesellschaftlichen Normalismus<sup>215</sup>-Geflechte einen persönlichen Standpunkt bezüglich der Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns, Denkens und Erlebens zu finden. Erst unter dieser Voraussetzung wird Frau B. den Herausforderungen des Lebens so begegnen können, dass es ihr als sinngebend erscheint.

In Zusammenhang mit den Gesundheitsbezügen der Selbstsorge soll schließlich nochmals die Verbindung zu dem von Nietzsche beschriebenen Konzept der Großen Gesundheit hervorgehoben werden (vgl. Nietzsche 1999a, 532). Wie bereits an früherer Stelle erwähnt, verweisen u.a. Frau B.s Begriffswahlen „psychotische Begabung“ und „Heimat“ darauf, dass zumindest eine Suchbewegung nach dieser Form von Gesundheit wahrnehmbar ist. Im Sinne des Gesundheitsverständnisses von Nietzsche strebt Frau B. nach einem vollen Leben, in das die Krankheit als dem Selbst zugehörig kreativ integriert wird. Die Große Gesundheit kann jedoch nicht erreicht werden, ohne (wieder) zu einer souveränen Lebensgestaltung zu finden. Die Gesundheit, verstanden als Lebenssouveränität (vgl. hierzu Jehle 2007), ist meiner Ansicht nach ein Thema, das in Frau B.s Selbstsorge ebenfalls eine Rolle spielt. Dies wurde weiter oben, in Zusammenhang mit der Abkehr vom traditionellen medizinischen Hilfesystem und der Ablehnung der damit verbundenen Patienten-Rolle, bereits erörtert.

#### *V 3.1.4.3 Themen und Aspekte der Selbstsorge*

An dieser Stelle resümiere ich stichwortartig, auf welche Themen und Inhalte sich Frau B.s Selbstsorge bezieht, nämlich:

---

<sup>215</sup> Unter „Normalismus“ verstehe ich hier die Gesamtheit aller diskursiven und praktisch-intervenierenden Verfahren, Dispositive, Instanzen und Institutionen, durch die in modernen Gesellschaften „Normalitäten“ produziert und reproduziert werden (Hirschberg 2008, 142 f.; mit Bezugnahme auf Link 2004, 223).

- die Regulierung und die Rhythmisierung verschiedener Felder der Lebensordnung, so, wie sie dem Menschen im Sinne der diätetischen Lebensführung zur Gestaltung aufgegeben sind (vgl. Schipperges 1990),
- das Verfolgen ureigener Beschäftigungen oder Interessen, die Frau B. als sinnstiftend erachtet,
- eine Suche nach dem eigenen Maß bzw. dem „Ihr-Gemäßen, auch im Hinblick auf das Wiedererlangen von Autonomie angesichts einer Situation der Abhängigkeit durch die seelische Erkrankung,
- „empowernde“ Versuche, mit Stigma und Selbststigmatisierung umzugehen,
- das Regulieren der Nähe-Distanz-Bedürfnisse, was sich als ein Ausbalancieren zwischen passiv-rezeptiven Zuständen des Alleinseins und freundlichen, verlässlichen Kontakten andererseits manifestiert,
- die Arbeit an einer haltgebenden Selbstverankerung durch achtsame Atemübungen und eine bewusste Atemlenkung,
- eine „essayistische“ Haltung<sup>216</sup> im Hinblick auf das leibliche Spüren, um durch die Leiblichkeit eine Orientierungshilfe im Leben zur Verfügung zu haben.

Darüber hinaus lässt sich Frau B.s Selbstsorge qualitativ folgendermaßen differenzieren: Die Beschäftigung mit den Träumen und die passiv-rezeptiven Zustände des Alleinseins verweisen auf eine Affinität zum Unbewussten, d.h. wenig Ich-Zentrierten. Dagegen lassen die gezielten Bemühungen, ein geregeltes Leben zu führen, oder die Selbststeuerung durch die Atemübungen einen bewussten Ansatz der „Selbstformung“ (Kipke 2011) erkennen. Das Experimentieren mit dem Spüren bzw. mit leiblichen Praktiken zeigt zudem eine situations- oder momentbezogene, also eine am Hier und Jetzt orientierte Art der Selbstsorge, die sich auf die Ebene des Kern-Selbst (vgl. Damasio 2009) bezieht.

#### *V 3.1.4.4 Bedeutung der Leiblichkeit für die Selbstsorge*

Überblickt man die leibliche Dimension in Bezug auf Frau B.s Selbstsorge, so wird deutlich, dass Frau B.s Wege der Erkenntnis ihrer selbst einer „gespürten“ oder leibbezogenen Logik folgen. Durch das Fokussieren auf die Atmung erlebt sie Ganzheit und Kohärenz im Hier und Jetzt (vgl. Siegel 2010). Sie erfährt auf diese Weise die „tiefen“ Dimensionen des Selbst, die mit Damasio als „Kern-Selbst“ bezeichnet werden können. Das Letztere ist mit dem erkennenden Gefühl verbunden, dass man selbst es ist, der/die sieht oder hört oder tastet

---

<sup>216</sup> Gemeint ist die Haltung, auf den Versuch hin zu leben (vgl. Schmid 1998; 2005).

(vgl. Damasio 2009, 40). Darüber hinaus dient Frau B.s auf den Versuch hin angelegte, intensive Beschäftigung mit der eigenen Leiblichkeit dazu, sich mit allen Sinnen zu spüren und zu erleben. Die Befragung des eigenen leiblichen Befindens – Frau B. wählt hierfür zwar die Sprache der Psychosomatik – schließt als weitere Form der Selbsterkenntnis an. In Anlehnung an Blankenburg (vgl. 1983) kann dies so gewertet werden, dass Frau B. eine produktive dialogische Beziehung zur eigenen Leiblichkeit gewinnt.

#### *V 3.1.4.5 Pädagogische Implikation*

Abschließend möchte ich skizzieren, wie Frau B. in gesundheitsfördernder Hinsicht pädagogisch begleitet werden könnte.

Meiner Ansicht nach wird anhand dieses Falls in erster Linie deutlich, dass es im Hinblick auf eine pädagogische Unterstützung von Frau B.s Selbstsorge entscheidend wäre, dass sie ihr „Eigenes“ und ihren Eigenwillen in einer bestärkenden pädagogischen Zeugenschaft erfahren kann. Weshalb wäre dies so essenziell? Es geht darum, dass die persönlichen Erfahrungen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung bedingungslos anerkannt werden. Auf diese Weise kann die eigene Erfahrung wieder in Besitz genommen werden und die Person muss sich nicht mehr nur als ein reparaturbedürftiges Selbst betrachten; dies stellt einen Akt der Befreiung und eine Rückgewinnung von Selbstwert, Selbstachtung und Macht dar (Amering/Schmolke 2007, 151 ff.; mit Bezugnahme auf Coleman 1999).<sup>217</sup> In einem ähnlichen Sinn fordert Jehle (2007, 223) von den in der Gemeindepsychiatrie tätigen Professionellen, eine souveräne Lebensgestaltung ihrer Klienten zu unterstützen und in dieser Hinsicht die „[...] Lebenssouveränität im Handeln und Gestalten, Erleben und Erleiden [...]“ zu fördern.

Aus pädagogischer Sicht sollte des Weiteren genutzt werden, dass der Leiblichkeit im Rahmen von Frau B.s Selbstsorge eine wichtige Rolle zukommt. Konkret könnte es darum gehen, Frau B.s Spür-Versuche zu unterstützen und sie gemeinsam mit ihr auszubauen und zu reflektieren. Dies könnte dazu beitragen, dass Frau B. sich immer besser im Hier und Jetzt zu verankern vermag. Zudem bietet Seewalds Konzept der „reflexiven Leiblichkeit“ (vgl. Seewald 2007) geeignete Möglichkeiten, um an Frau B.s Selbstsorge anzuknüpfen. Laut Seewald ermöglicht die Reflexivität der Leiblichkeit – sie ist dann gegeben, wenn die Leiblichkeit intentional genutzt werden kann – eine Form der Orientierung: Diese Orientierung spürt Qualitäten nach und richtet sich auf Qualitätsunterschiede (bspw. auf das

---

<sup>217</sup> Ron Coleman ist ein Psychiatererfahrener, der u.a. in der Stimmenhörerbewegung aktiv ist.

mehr oder weniger „Mir-Gemäße“), wobei diese Sensibilitäten aufs Engste mit leiblichen Befindlichkeiten verknüpft sind (ebd., 95 f.).<sup>218</sup>

Dies würde zudem bedeuten, Frau B. auf der Grundlage ihrer leiblichen Stellungnahmen die bestehenden Wahlmöglichkeiten bewusst zu machen. Sich der eigenen Präferenzen und Entscheidungsspielräume bewusst zu werden, gilt als essenziell sowohl für das Empowerment Psychiatrieerfahrener (vgl. Amering/Schmolke 2007, 155) als auch für die auf einer klugen Wahl basierende Lebenskunst (vgl. Schmid 1998). Die pädagogische Unterstützung von Frau B. könnte sich diesbezüglich auf so unterschiedliche Themen beziehen wie Situationen des Wohlbefindens, des Sich-Spürens oder auch der Wahl gewünschter Kontakte.

### V 3.2 Zweiter Fall: Herr F.

#### V 3.2.1 Überlegungen zu den Hintergründen und zur Auswahl des Falls

Der Fall Herr F.<sup>219</sup> entstammt dem Kontext einer tagesstrukturierenden sozialpsychiatrischen Einrichtung für Menschen mit einer seelischen Erkrankung / Behinderung. Die beispielhaften Erzählungen wurden durch eigene Beobachtung gewonnen.

Herrn F. habe ich im Rahmen eines von mir geleiteten Gruppenbewegungsangebots kennengelernt. Nachdem Herr F. eine Weile an diesem Angebot teilgenommen hatte, begann er eines Tages, mit Zetteln bei mir im Büro vorbeizukommen. Er las mir dann vor, was er sich dort notiert hatte. Zunächst betrachtete ich das Zettel-Vorlesen als eine Art „bizarres Verhalten“. Gelegentlich war es mir sogar etwas lästig. Mein Interesse war aber doch geweckt und ich fragte mich, ob sich im Schreiben der Zettel ggf. ein Ansatz der Selbstsorge zeigte. Ich nahm mir daher vor, dies weiter zu untersuchen.

Die Hintergründe des Falls sind diejenigen einer Institution, die durch pädagogische Strukturen und Vorgaben entscheidend geprägt ist. Die Fall-Erzählungen erfolgen aus einem professionellen Blickwinkel „von außen“. Zugleich beruhen sie auf meinem Involviertsein. Beides wird bei der Interpretation zu berücksichtigen sein. Außerdem erscheint es angesichts der institutionellen Hintergründe relevant, dass das, was in den Erzählungen beschrieben wird und ggf. als Selbstsorge gedeutet werden kann, nicht mit pädagogischen

---

<sup>218</sup> Seewalds Konzept ist, im Sinne einer neuen Orientierungskultur, eigentlich als dialektische Überwindung der Postmoderne gedacht (vgl. Seewald 2007, 95 f.). Wie ich finde, lässt es sich aber sehr gewinnbringend in Zusammenhang mit der besonderen Orientierungsbedürftigkeit anwenden, die im Fall einer psychischen Krankheit gegeben sein kann.

<sup>219</sup> Namensinitiale und biografische Angaben wurden im Hinblick auf den Datenschutz geändert bzw. teilweise anonymisiert.

„Fördermaßnahmen“ in Zusammenhang steht, sondern sich unabhängig von diesen „spontan“ zeigt.

### **V 3.2.2 Fallbeschreibung Herr F.**

#### *V 3.2.2.1 Erzählung 1*

Herr F. ist ein stattlicher Mann Ende 30 und von gepflegter Erscheinung. Er nimmt einmal wöchentlich auf freiwilliger Basis an einem von mir geleiteten kreativen Gruppenbewegungsangebot teil. Meistens erlebe ich ihn als freundlich und umgänglich. Seine Hilfsbereitschaft kommt mir manchmal aber übertrieben und fast aufdringlich vor.

Herr F. hat eine schwere chronische psychische Erkrankung. Die Diagnosen lauten: gemischte schizoaffective Störung mit paranoiden Ideen, starker äußerer und innerer Unruhe sowie maniformen und depressiven Zuständen.

Herr F. stammt aus einem südosteuropäischen Land, er ist dort geboren. Deutsch ist nicht seine Muttersprache, aber sein Sprachverständnis und der sprachliche Ausdruck sind sicher. Er hat in Deutschland die Schule besucht und einen Hauptschulabschluss erworben. Herr F. hat keine „offizielle“ Religionszugehörigkeit, bezeichnet sich selbst aber als „frommen Menschen“, der Gott und Jesus Christus liebt.

Seinen familiären Hintergrund betreffend, hat Herr F. mir erzählt, dass sein Vater ihn früher „nicht gut“ behandelt habe, er ihn aber trotzdem liebe. An seiner Mutter hänge er dagegen sehr.

#### *V 3.2.2.2 Erzählung 2*

Wenn ich Herrn F. sehe, zeigt er mir manchmal kleine Zettel, die er gefaltet in seiner Hosentasche im Portemonnaie (oder manchmal auch direkt in der Hosentasche) aufbewahrt. Er faltet die Zettel dann auf und will sie mir unbedingt vorlesen. Sie beinhalten Auflistungen wie z.B.: „Ich will ein guter Mensch sein. Ich will Gott und Jesus lieben. Ich will den Menschen helfen.“ Oder: „Ich will ein sauberer Mann sein. Ich will ein gepflegter Mann sein. Ich möchte eine schöne Frau finden. Ich will Sex haben.“ Oder: „Ich will ein kluger, gebildeter, intelligenter Mann sein.“ Außerdem notiert Herr F. sich auch – so seine Worte – „Erkenntnisse“, u.a. darüber, dass es auf der Welt oft nicht harmonisch zu- und hergehe und dass ihn das belaste. Die Inhalte und Themen auf den Zetteln wiederholen sich aus meiner Sicht. Gelegentlich beobachte ich auch, dass Herr F. in einer Situation ganz spontan ein Stück Papier ergreift (z.B. irgendeinen Papierfetzen oder ein Papiertaschentuch) und etwas aufschreibt. Dies geschieht in Situationen, in denen Herr F. unruhig oder gestresst wirkt.

Manchmal werde ich ungeduldig, wenn Herr F. mich irgendwo auf dem Flur „abfängt“, um mir einen seiner Zettel vorzulesen. Spreche ich ihn auf sein drängendes Verhalten an, antwortet er, dass er nur schlecht warten könne, und bezeichnet sich selbst als „impulsiv“.

#### *V 3.2.2.3 Erzählung 3*

Einmal bin ich neugierig und frage Herrn F., ob er mir erzählen möge, weshalb er Zettel schreibe. Herr F. erklärt, die Zettel würden ihm dabei helfen, dass er nichts vergesse. Er schreibe sich alles auf: Gedanken, Erkenntnisse, Einkaufssachen – alles, was er nicht vergessen wolle. Zu Hause habe er ganz viele Zettel. Er erläutert weiter: „Ich habe nur die Hauptschule besucht. Dann hatte ich keinen Lehrer mehr. Jetzt erziehe ich mich selbst. Ich bin sozusagen mein eigener Lehrer. Ich schreibe mir alles auf, das wichtig ist, damit ich's nicht vergesse. Ich nehme dann den Zettel heraus und kann es lesen. Das ist vielleicht ein bisschen bürokratisch.“ Bei der letzten Bemerkung lacht er ein wenig verschämt.

Die Art und Weise, wie er mir dies erzählt, beeindruckt mich und berührt mich.

#### *V 3.2.2.4 Erzählung 4*

Nach jenem Gespräch (vgl. Erzählung 3) schenkt Herr F. mir ab und zu einen Zettel, den er wie üblich aus der Hosentasche zieht. Er überreicht ihn dann z.B. mit Worten wie: „Hier, das ist für Sie“ oder „Gute Wünsche für Sie.“ Meist haben solche Zettel einen religiösen Inhalt. Beispiele hierfür wären: „**Gott**-Vater / ist Medizin / für den Menschen / Gesundheit / **Gott**-Vater / macht den Menschen Gesund“<sup>220</sup> oder: „Der Mensch / muß das / Leben auf der / Erde am / **Gott-Vater** / festhalten / Dann geht es / dem Menschen / im Leben auf / der Erde sehr / sehr, sehr gut. / Durch Jesus / Christus hat / der Mensch / ewiges Leben / -Jesus Christus / ist der Weg / zum Gott-Vater“.

Eine Äußerung während des Zettel-Überreichens ist mir dabei in Erinnerung geblieben: Herr F. ermahnt mich zuerst, ich solle den Zettel gut aufbewahren, er sei wichtig. Dann sagt er etwas, das ich aufgrund seiner hastigen und undeutlichen Aussprache zunächst falsch zu verstehen glaube: „Wer schreibt, das bleibt.“ Da ich in der Situation irritiert bin und mehrere Male nachfrage, liefert Herr F. eine grammatikalisch richtige Version: „Was man schreibt, das bleibt. Sonst vergisst man.“

---

<sup>220</sup> Erläuterung zur Schreibweise: Zeilenumbrüche sind mit „/“ gekennzeichnet; die Orthografie wurde belassen; **fette Druckbuchstaben** entsprechen dem in der Handschrift doppelten Übermalen von Buchstaben.



### V 3.2.3 Fallerschließung Herr F.

#### V 3.2.3.1 Erste Einschätzung des Falls und festgelegte Bedeutungseinheiten<sup>221</sup>

Ein erster Eindruck ergibt, dass das, was in Bezug auf die Zettel erzählt wird, nicht in ein pädagogisches Setting „eingebettet“ ist, sondern dessen „Rändern“ entstammt. Es handelt sich um etwas „Eigenes“, das Herr F. offenbar irgendwann für sich entwickelt oder gefunden hat, vielleicht auch in Zusammenhang mit therapeutischen oder anderen äußeren Einflüssen.

Herr F. scheint solche Zettel regelmäßig zu schreiben und sie sowohl in der Kommunikation mit anderen als auch mit sich selbst zu verwenden. Dies lässt an ein regelrechtes Zettel-System denken. Dagegen wirken die auf den Zetteln notierten Inhalte und Themen in ihrer Aneinanderreihung und Bandbreite etwas beliebig. Sie sind mit (Selbst-)Veränderungswünschen oder guten Vorsätzen verbunden, aber auch mit Sorgen, die Herr F. sich macht. Darüber hinaus wird Herrn F.s starke religiöse Orientierung thematisch. Laut Herrn F. haben die Zettel die Funktion, sich selbst zu erziehen; eine Aussage, deren Bedeutung genauer ergründet werden muss.

In den Erzählungen wird des Weiteren eine pädagogische Beziehung beschrieben: Sie entwickelt sich von einer teilweise ablehnenden Haltung seitens der Pädagogin und monologischen Mitteilungen seitens des Klienten in die Richtung eines Dialogs.

Im Phänomen „Zettel“ an sich, aber auch im Schreiben und im routinierten Umgang mit den Zetteln zeigt sich ein Leibbezug.

Aufgrund meiner ersten Einschätzung würde ich davon ausgehen, dass Ansätze der Selbstsorge bestehen: Herr F. kümmert sich mit dem „Zettel-System“ um sich selbst und trägt so etwas Positives zur Führung seines Lebens bei. Wie tragfähig oder gesundheitsrelevant dies ist und ob es sich um Selbstsorge-Fähigkeiten handelt, muss untersucht werden. Daneben zeigen sich vermutlich auch symptombedingte Handlungen und Verhaltensweisen: Herrn F.s bedrängender Kommunikationsstil („etwas loswerden müssen“), die zum Teil hülsenhaft wirkenden Wortwiederholungen oder seine Angst vor dem Vergessen könnten Anhaltspunkte hierfür sein.

Anhand der Erzählungen wurden die folgenden Bedeutungseinheiten bestimmt:

- Handlung des Zettelschreibens
- Inhalte der Zettel
- Hintergründe des Zettelschreibens (Selbsterklärungen)

---

<sup>221</sup> Ich danke Frau Dipl. Päd. Rosita Hohm-Koester für ihre hilfreichen Überlegungen zu diesem ersten Interpretationsdurchgang.

- Umgang mit den Zetteln
- Kommunikation mittels Zetteln

### V 3.2.3.2 *Handlung des Zettelschreibens*

Hier soll in Zusammenhang mit der Handlung des Zettelschreibens vorab gefragt werden, was ein Zettel ist und was Schreiben und Schrift grundsätzlich sowie in Bezug auf den Fall bedeuten.

Gemäß Duden ist ein Zettel ein kleines loses Blatt Papier, auf dem man sich etwas notieren kann (Dudenredaktion 2002, 1075). Wortzusammensetzungen wie z.B. Merktzettel, Notizzettel oder Wunschzettel (ebd.) lassen erahnen, dass Menschen sich sehr unterschiedliche Inhalte auf Zetteln notieren können.<sup>222</sup> Kennzeichnend für einen Zettel – im Gegensatz zu anderen „Schriftstücken“ – ist überdies sein provisorischer und spontaner Charakter.

Was bedeutet dies nun für den Fall von Herrn F.? Betrachtet man die in Erzählung 2 genannten Zettel-Inhalte („Ich will ein guter Mensch sein. Ich will Gott und Jesus lieben“ etc.), so muten diese ein wenig befremdlich an. Gewöhnlich schreibt man sich nicht auf einen Zettel, dass man eine schöne Frau finden will. Deshalb ist zu vermuten, dass Herrn F.s Zettel eine „Erinnerungshilfe“ der besonderen Art darstellen, deren Bedeutung im Lauf der Interpretation erst erschlossen werden muss.

Als Nächstes soll näher betrachtet werden, dass Herr F. *schreibt*.

Zunächst wäre zu fragen, was das Schreiben grundsätzlich bedeutet. Mit Lurker (1985, 606) kann in Bezug auf die archaische Symbolik der Schrift zunächst gesagt werden, dass es sich um eine „Verdinglichung von Gedanken“ handelt: Das entfliehende Wort wird fixiert. In entwicklungspsychologischer Perspektive ist das Schreiben – wie auch die Sprache insgesamt – als Entfaltung des rationalen Ausdrucks zu verstehen (vgl. auch Lapierre/Aucouturier 2002, 114).<sup>223</sup> Im Prozess des Schriftspracherwerbs lernt das Kind u.a. zu begreifen, dass es mit seinen Zeichen eine Verbindung zum Du und zur Sache herstellen kann (vgl. Heimberg 2008, 70). Lapierre/Aucouturier (2002, 116) begreifen das Schreiben

---

<sup>222</sup> Eine solche Vielfalt wird anhand des Projekts „Asphaltbibliothek“ des Mainzer Aktionskünstlers Brandstifter deutlich (vgl. Brandstifter o.J.). Im Rahmen des Projekts werden die von Menschen im öffentlichen Raum weggeworfenen Zettel mit Liebesbotschaften, Bitten, Beschimpfungen unter Autoscheibenwischern u.Ä. gesammelt und danach künstlerisch in neue Bezüge zueinander gesetzt.

<sup>223</sup> Aus Sicht der Leibphänomenologie stellt die menschliche Sprache ein vorpersonales, übersituatives und in sich schon geregeltes, bedeutungshafes System dar (vgl. Lippitz 1989b, 152). Die Sprache „[...] ermöglicht Distanzierung, sie bildet nicht-kontingente Ordnungen heraus, sie vermittelt uns deshalb den Eindruck einer Vernunft, einer Wahrheit, die ihre Beständigkeit daher erhält, daß sie unendlich wiederholbar wird“ (Meyer-Drawe 1984, 214; zit. n. ebd.).

zudem als „Spur der Sprache“: In ihm zeige sich der kindliche Wunsch, eine Spur zu hinterlassen.

Wie können die allgemeinen Überlegungen zum Schreiben auf den Fall von Herrn F. bezogen werden?

In Zusammenhang mit den rationalen Strukturmerkmalen von Sprache und Schreiben lässt sich die These aufstellen, dass Herr F. durch das Schreiben, d.h. in der schriftlichen Fixierung seiner Gedanken auf den Zetteln, eine „vernünftige Ordnung“ für sich schafft. Wie Herr F. in Erzählung 2 über sich selbst sagt, neigt er dazu, „impulsiv“ zu sein. Umgangssprachlich werden unter „Impulsivität“ häufig Verhaltensweisen einer Person verstanden, die den Eindruck des Unüberlegten erwecken.<sup>224</sup> Es ist anzunehmen, dass Herr F. eine entsprechende Selbstzuschreibung ursprünglich von anderen übernommen hat. Herr F. scheint demnach zu spüren, so meine Interpretation aus einer ressourcenorientierteren Perspektive, dass er als Ausgleich zu seiner Impulsivität Struktur und Ordnung benötigt. Somit käme das Aufschreiben einerseits einer Art „Zügelung“ gleich. Andererseits käme dem Akt des Schreibens auch die Bedeutung zu, eine Distanz zu sich selbst einnehmen zu können.

In einer an der Pathologie orientierten Sichtweise müsste dagegen gefragt werden, ob der Aspekt des Spur-Hinterlassens in Zusammenhang mit dem Schreiben nicht eher auf ein instabiles Selbst hinweist. Ein solches Selbst müsste sich per Schrift, d.h. Spur, selbst bestätigen, und zwar folgendermaßen: Indem ich wahrnehme, dass ich eine Spur hinterlasse, kann ich mich überhaupt meiner selbst versichern.

#### *V 3.2.3.3 Inhalte der Zettel*

Bevor ich auf einige ausgewählte Inhalte der Zettel eingehe, soll vorab eingeschätzt werden, wie diese generell zu verstehen sind.

Es herrscht zunächst der Eindruck einer gewissen Beliebigkeit, da Sätze unterschiedlichen Inhalts aneinandergereiht werden. Wie bereits angedeutet, ist es teilweise befremdlich, welche Inhalte von Herrn F. auf den Zetteln festgehalten werden. Bezüglich des Notierten sind dazu inhaltliche und thematische Wiederholungen festzustellen. Herr F. notiert sich u.a. persönliche Erkenntnisse religiöser Art, aber auch seine Sorgen über den Zustand der Welt. An der sprachlichen Wendung: „Ich will ...“ werden zudem persönliche

---

<sup>224</sup> In der Psychologie werden mit dem Begriff „Impuls“ unwillkürliche Antriebe oder Handlungstendenzen bezeichnet, die in bestimmten Situationen aufgrund einer Erregung oder einer Handlungsgewohnheit plötzlich auftreten (Fröhlich/Drever 1981, 181).

Absichtserklärungen oder Wunschformulierungen erkennbar. Diese werden so häufig formuliert, dass ihre Bedeutung im Folgenden näher betrachtet werden soll.

Herrn F.s Absichtserklärungen könnten als Ansätze der Selbstformung aufgefasst werden. Selbstformung, als eine Theorie der „menschlichen Selbstverbesserung“ (Kipke 2011, 20), besteht „[...] vor allem auch in dem namentlich schwer greifbaren, doch vielpraktizierten Bemühen, seine Verhaltensweisen im Verhalten zu ändern [...]. Und sie kann unterschiedlichen Motiven [...] und Zielen folgen. Es kann um die Vermeidung sozialer Konflikte gehen, um berufliche Ziele, religiöse Bestrebungen etc.“ (ebd., 14).

Dass Herr F. seine Absichtserklärungen und Wünsche auf dem eher provisorischen Medium „Zettel“ festhält, lässt auch an etwas anderes denken: an sog. „positive Affirmationen“, die u.a. im esoterischen Kontext angewendet werden. Es handelt sich dabei um selbstbejahende Sätze, die „[...] wir uns selbst wieder und wieder sagen, um unsere Gedanken umzuprogrammieren“ (Senftleben o.J., o.S.). Um sich mittels positiver Affirmation in eine gewünschte Richtung zu verändern, wird neben diversen anderen Techniken empfohlen, sich die Affirmationen auf Zettel zu schreiben und sich diese dorthin zu kleben, wo man sie oft sieht (vgl. ebd.).<sup>225</sup> Die Zettel dienen hier also als Hilfe, um sich etwas einzuprägen.

In Bezug auf Herrn F. kann anhand des Ausgeführten Folgendes festgehalten werden: In Form von selbst entwickelten Vorgehensweisen, bei denen die Wiederholung eine Rolle spielt, formuliert er Absichten und Wünsche, um sich in eine von ihm als positiv erachtete Richtung zu verändern. Es ist anzunehmen, dass es ihm dabei um eine Art der Selbstverbesserung geht.

Im Weiteren erfolgen Ausführungen zu einigen von mir als relevant erachteten Zettel-Inhalten.

#### V 3.2.3.3.1 Ein guter Mensch sein wollen, den Menschen helfen wollen

Bei der Absichtserklärung – oder eher dem Wunsch? –, ein guter Mensch sein zu wollen, handelt es sich um einen ethisch-moralischen Anspruch. Der Anspruch des Gut-sein-Wollens wird durch die Formulierung spezifiziert, anderen Menschen helfen zu wollen. Gut zu sein, umfasst für Herrn F. demnach auch ein Engagement für seine Mitmenschen.

---

<sup>225</sup> Die Affirmationen sollten so formuliert sein, dass sie den Zielzustand ausdrücken, den man gerne hätte (Senftleben o.J., o.S.). – Da Herr F. auf den Zetteln eher Absichten erklärt, ist nicht davon auszugehen, dass er die Techniken der positiven Affirmation gezielt erlernt hat.

Mitmenschlichkeit gilt sowohl als zentraler religiöser (z.B. christlicher) wie auch als humanistischer Wert.

Die Frage, weshalb Herr F. sich diesen Wert aufschreibt, kann unterschiedlich beantwortet werden: Entweder erklärt er auf diese Weise die Absicht, sich das Gut-Sein zueignen zu wollen oder es für sich zu bewahren. Dann zielte dies auf eine Selbstformungsabsicht und somit eine Selbstverbesserung. Zugleich könnte das Thema mit der (krankheitsbedingten) Sorge zu tun haben, ohne die Zettel-Notiz von „schlechten“ bzw. „negativen“ Gefühls- oder Verhaltensimpulsen bedroht zu sein. Beide Deutungen haben hier eine gewisse Berechtigung.

#### V 3.2.3.3.2 Gott und Jesus lieben wollen, Gott ist Medizin

In Erzählung 1 wird erwähnt, dass Herr F. sich selbst als „frommen Menschen“ bezeichnet. Dass ein gläubiger Mensch das Ziel formuliert, Gott und Jesus lieben zu wollen, ist daher nicht erstaunlich. In Erzählung 4 werden beispielhaft weitere religiöse Zettel-Inhalte zitiert, z.B., dass Gott Medizin und Gesundheit sei. Die von Herrn F. verwendeten Formulierungen wirken formelhaft und außerdem fallen im Schriftbild Hervorhebungen auf: Herr F. „übermalt“ die Buchstaben der Wörter „Gott“ und „Gott-Vater“ mehrfach.

Ein solches Übermalen könnte einerseits eine besondere, vermutlich in seiner Gottesfürchtigkeit begründete Sorgfalt ausdrücken. Andererseits wirkt es etwas kindlich (man denke z.B. an die von Schulkindern mit viel gestalterischem Aufwand gemalten Überschriften in Schulheften usw.). Daneben sollte nicht vergessen werden, dass in manchen religiösen Schriften, insbesondere in den Pamphleten sektenartiger Vereinigungen, die als besonders bedeutungsvoll erachteten Begriffe und Aussagen ebenfalls hervorgehoben werden. Es ist also möglich, dass Herr F., gerade weil er keine offizielle Religionszugehörigkeit hat, mit entsprechenden Gruppen in Kontakt steht und durch sie beeinflusst wird. Könnte es deshalb sein, dass Herr F. vorgegebene religiöse Botschaften einfach übernimmt, sie auf den Zetteln unreflektiert reproduziert oder sie ab und zu in „missionarischer“ Absicht an andere weitergibt? Eine entsprechende Interpretation ist sicherlich nicht ausgeschlossen. Sie trifft jedoch nicht den Kern.

Aus diesem Grund soll weiter eruiert werden, was das beständige Wiederholen religiöser Inhalte durch das Vorlesen und Schreiben der Zettel darüber hinaus bedeuten könnte.

In pathologieorientierter Sicht kann das permanente Wiederholen von Inhalten, von dem nicht abgelassen werden kann, als ein Ausdruck zwanghaften Verhaltens gedeutet werden. Die dreimalige Wiederholung des Wortes „sehr“ („Dann geht es / dem Menschen / im Leben

auf / der Erde sehr / sehr, sehr gut“; vgl. Erzählung 4) wirkt überdies eindringlich-beschwörend. Geht man davon aus, dass das heilige geschriebene Wort auch einen Schutz gegen „Mächte der Finsternis“ symbolisieren kann (vgl. Lurker 1985, 606), so ließe sich die Ansicht vertreten, dass Herr F. durch das andauernde Wieder-Schreiben und „Wiederkauen“ der religiösen Sätze versucht, einen religiösen Schutz für sich und auch für andere aufzubauen. In Zusammenhang mit Herrn F.s Diagnose werden u.a. „paranoide Ideen“ genannt (vgl. Erzählung 1). Somit könnte man sich fragen, ob Herr F. sich durch „böse“, für ihn nicht fassbare Kräfte vielleicht bedroht fühlt? In der Konsequenz könnte das Schreiben der religiösen Zettel als eine Form der Angst-Abwehr interpretiert werden: Aufgeschrieben, d.h. als Worte auf einem Stück Papier, erhalten die religiösen Aussagen sinnlich-konkret mehr Gewicht.

Eine mögliche Ressourcenorientierung gerät bei der oben entfalteten Deutung allerdings aus dem Blick.

Ein Hinweis auf ein mögliches Gesundheitspotenzial findet sich aber z.B. im zitierten Text des ersten Zettels (vgl. Erzählung 4): „**Gott**-Vater / ist Medizin / für den Menschen / Gesundheit / **Gott**-Vater / macht den Menschen Gesund“.

Im psychiatrischen Kontext und in Zusammenhang mit dem Recovery-Gedanken wird mittlerweile vermehrt darauf Bezug genommen, dass Glaube und Spiritualität ein wichtiger Hoffnungsträger von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind (vgl. z.B. Amering/Schmolke 2007, 200 ff.). Hoffnung wird dabei einem bloßen Optimismus gegenübergestellt und meint ein Engagement in der Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht (Pfeifer 2010, o.S.). In diesem Sinn kann das Einnehmen einer spirituellen Haltung dazu verhelfen, einen „heilen“ Wesenskern wahrzunehmen, der dann durch weitere hilfreiche Bedingungen gefördert werden kann (ebd.).

Das beständige Aufschreiben von Glaubensinhalten, für sich und für andere, könnte demnach als eine individuelle religiöse Praxis aufgefasst werden.<sup>226</sup> Aus einer ressourcenorientierten Perspektive würde ich demgemäß dafür plädieren, Herrn F.s religiöse Zettel auch als Medium der Hoffnung im Hinblick auf ein gesünderes Selbst zu interpretieren. Dieser Aspekt sollte sogar dann eine Gültigkeit haben, wenn die Zettel daneben einen „Schutz“ vor krankheitsbedingten Formen der Angst darstellen.

---

<sup>226</sup> Immerwährende Rezitationen mithilfe geschriebener Texte spielen übrigens in verschiedenen Glaubensrichtungen eine Rolle. Im Sinn der angestrebten Permanenz werden bspw. im buddhistischen Volksglauben geschriebene Gebete auf einem flatternden Tuch festgehalten oder in einer Gebetsmühle gedreht (vgl. Lurker 1985, 606 f.).

#### V 3.2.3.3.3 Ein sauberer, gepflegter Mann sein wollen

Die Begriffe „sauber“ und „gepflegt“ werden von Herrn F. zusammen genannt. Das Adjektiv „gepflegt“ weist dabei auf das Äußere der Person hin, um das man sich zu kümmern hat. In diesem Sinn bezieht es sich wahrscheinlich auch auf Herrn F.s Wunsch nach sexueller Attraktivität und nach einer schönen Frau (vgl. Erzählung 2). Mit dem Eigenschaftswort „sauber“ kann analog dazu ebenfalls die adrette äußere Erscheinung gemeint sein (vgl. Dudenredaktion 2002, 754).

Zugleich kann man „sauber“ aber auch als „rein“ oder „reinlich“ (vgl. ebd.) verstehen. Gemäß jener Wortbedeutung könnte der Wunsch, „sauber“ zu sein, auf Schwierigkeiten mit der Körperhygiene hinweisen. Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen kommt diese Problematik aufgrund des veränderten Leberlebens nicht so selten vor.<sup>227</sup> Bei Herrn F. ist dies jedoch auszuschließen, wie der Erzählung 1 zu entnehmen ist. In Zusammenhang mit dem Begriff „sauber“ muss zusätzlich daran gedacht werden, dass gegenüber bestimmten Ausländergruppen Vorurteile bezüglich mangelnder Sauberkeit bestehen. Deshalb könnte es auch sein, dass Herr F. entsprechende negative Erfahrungen gemacht hat. In einem solchen Fall müsste er, um sich von einem entsprechenden „Stigma“ zu distanzieren, ggf. mit besonderem Nachdruck betonen, dass er sauber (und eben nicht schmutzig) ist.

Herrn F.s Wunsch nach Sauberkeit kann aus psychopathologischer Sicht auch als Zeichen eines Zwangs gedeutet werden. In Zusammenhang mit schizoaffektiven Erkrankungen sind verschiedene Formen von Zwangsstörungen bekannt. Sog. Wasch- und Säuberungszwänge äußern sich dabei in Gedanken, die sich aufdrängen, und / oder in ständig wiederholten stereotypen Handlungen.

Einer ressourcenorientierten Perspektive entspräche meiner Ansicht nach am ehesten der Wunsch nach einer Steigerung der körperlichen Attraktivität, der mit dem Begriff „sauber“ verbunden sein kann. In Letzterem ließe sich auch eine gesundheitsbezogene Absicht erkennen, dass ein attraktives, gepflegtes Äußeres im städtischen Umfeld eine implizite soziale Anforderung darstellt, durch die soziale Kontakte erleichtert werden. Zusammenfassend ist in diesem Kontext aber anzunehmen, dass negative persönliche Erfahrungen und / oder Herrn F.s Symptomatik ebenso zur Formulierung seines Wunsches nach Sauberkeit beigetragen haben.

---

<sup>227</sup> Klein (vgl. 1993, 293) schreibt in diesem Kontext, dass die Tatsache, dass Menschen mit den entsprechenden Krankheitsbildern sich in ihrem Körper wenig oder gar nicht zu Hause fühlen, sich häufig in einem ungepflegten Äußeren manifestieren könne.

#### V 3.2.3.3.4 Sorgen über den schlechten Zustand der Welt

In Erzählung 2 wird beschrieben, dass Herr F. auch aufschreibt, dass es mit der Welt nicht zum Besten stehe. Herr F. macht sich Sorgen über die Missstände und die angespannte Lage in der Welt. Er zeigt sich hier als ein besorgter Mensch. Angesichts der tatsächlich bestehenden Misere und Konflikte, über die täglich in verschiedenen Medien berichtet wird, ist seine Reaktion der Sorge nur allzu verständlich.

Was bedeutet es aber, dass Herr F. seine diesbezüglichen Sorgen auf Zetteln notiert? Aus einem krankheitsbezogenen Blickwinkel wäre festzuhalten, dass Menschen mit einer seelischen Erkrankung häufig als besonders dünnhäutig oder „vulnerabel“ gelten.<sup>228</sup> Schlimme Ereignisse oder vermutete Gefahren gehen dann mehr „unter die Haut“ und lösen stärkere Ängste aus. Demgemäß wäre die Tatsache, dass Herr F. die entsprechenden Zettel schreibt, als Ausdruck seiner Vulnerabilität bzw. eines krankheitsbedingten Überbesorgt-Seins zu begreifen.

Aber auch angesichts eines symptombedingten Hintergrunds von Herrn F.s Sorge kann eine ressourcenorientiertere Lesart ergänzt werden: Dadurch, dass Herr F. die ihn belastenden Themen aufschreibt – sogar, wenn diese „normalerweise“ als nicht-belastend gelten würden –, schafft er für sich eine Möglichkeit der inneren Distanzierung. Er schreibt sich die Sorgen von der Seele, lässt sie auf dem Papier hinter sich oder ordnet sie vielleicht ansatzweise.

#### V 3.2.3.4 Hintergründe des Zettelschreibens (Selbsterklärungen)

Herr F. antwortet auf meine Frage, weshalb er Zettel schreibe: Er schreibe sich alles auf, um es nicht zu vergessen (vgl. Erzählung 3).

Was ist mit dem Nicht-Vergessen gemeint? Geht es um kognitive Schwierigkeiten, z.B. eine mangelnde Merkfähigkeit, denen Herr F. vorbeugen möchte?

Aus symptomorientierter Perspektive sind kognitive Probleme in Zusammenhang mit schweren, vor allem chronischen psychischen Erkrankungen durchaus bekannt.<sup>229</sup> Herr F. – so eine hier mögliche Deutung – hätte durch die Zettel-Notizen somit eine individuelle Strategie gefunden, um mit seinen kognitiven Beeinträchtigungen umzugehen.

---

<sup>228</sup> Das Konstrukt der Vulnerabilität, das ursprünglich vor allem in Zusammenhang mit schizophrenen Erkrankungen diskutiert wurde, meint vereinfacht ausgedrückt eine Überempfindlichkeit gegenüber Umwelterfahrungen oder Gefährdungen, insbesondere gegenüber solchen, die als uneinheitlich, zerrissen oder schief erlebt werden (vgl. Rudolf 2000, 61; mit Bezugnahme auf Scharfetter 1999).

<sup>229</sup> So werden z.B. typische Defizite der Informationsverarbeitung in Zusammenhang mit der Schizophrenie beschrieben (vgl. Roder et al. 1992, 36).



Meiner Meinung nach ist es aber erforderlich, nach weiteren Bedeutungen des Nicht-vergessen-Wollens zu suchen. Denn in eine andere Interpretationsrichtung weist bereits der Zettel-Inhalt, ein „kluger, gebildeter, intelligenter Mann“ sein zu wollen (vgl. Erzählung 2). Außerdem erklärt Herr F. in Erzählung 3: „Ich habe nur die Hauptschule besucht. Dann hatte ich keinen Lehrer mehr. Jetzt erziehe ich mich selbst. Ich bin sozusagen mein eigener Lehrer. Ich schreibe mir alles auf, das wichtig ist, damit ich's nicht vergesse. Ich nehme dann den Zettel heraus und kann es lesen [...]“. Dass es sich hierbei um eine gewichtige Aussage handelt, wird u.a. daran deutlich, dass ich als Pädagogin in meiner leiblichen Resonanz bzw. in meinen Gegenübertragungsgefühlen stark „angerührt“ werde.

Anhand von Herrn F.s o.g. Äußerung würde ich, was das Vergessen und die Bemühungen, diesem entgegenzusteuern, angeht, deshalb weniger von einer Einschränkung der kognitiven Funktionen ausgehen als von einer Erfahrung des Mangels. Meiner Meinung nach thematisiert Herr F. dabei nicht nur seine begrenzte Schulbildung. Er muss als sein eigener Lehrer gravierendere Nachteile ausgleichen. Die verschiedenen Zettel-Themen zeigen nämlich, dass Herr F. sich aufgrund des erlebten Mangels sowohl in ethisch-moralischer und religiöser Hinsicht als auch grundlegend, bezüglich der Lebensführung, selbst „erziehen“ muss. Indem Herr F. als Erwachsener davon spricht, sich selbst „erziehen“ zu müssen, beklagt er vielleicht zugleich auch einen Mangel an orientierungsgebender Erziehung, die ihm früher hätte zuteilwerden sollen.

Durch das Schreiben der Zettel, so die naheliegende Deutung, gibt sich Herr F. als Erwachsener selbst einen Halt und eine Ausrichtung im Leben. Dies geschieht bspw., wenn er sich Dinge aufschreibt, die ihn belasten, und er dadurch wieder zu einer gewissen Balance findet.

Meiner Meinung nach versucht Herr F. überdies das eigene Selbst zu festigen, indem er Zettel schreibt. Wie an früherer Stelle erwähnt, ist mit dem Schreiben eine Form der Selbstvergewisserung verbunden, wenn man es als ein Hinterlassen von Spuren begreift (vgl. auch Lapierre/Aucouturier 2002, 116). Gestützt wird dieser Gedanke zudem durch die Äußerung von Herrn F.: „Wer schreibt, das bleibt“ (vgl. Erzählung 4). Wird der Satz nicht einfach als eine zufällige sprachliche Verwirrung verstanden, erhält er im aktuellen Kontext einen neuen Sinn: Im Schreiben bzw. im schriftlichen Festhalten erlebt Herr F. sich überhaupt als ein Selbst.

Resümierend ist Folgendes festzuhalten: Das Schreiben der Zettel kann ressourcenorientiert als ein Ansatz der Selbstsorge gedeutet werden. Denn es drückt sich darin nicht nur Herrn F.s Streben nach Selbststabilisierung, sondern auch nach Entwicklung

aus. Allerdings muss Herr F. dabei – zumindest von außen betrachtet – zu unüblichen Mitteln greifen.<sup>230</sup>

#### *V 3.2.3.5 Umgang mit den Zetteln*

In den Erzählungen 2 und 4 wird geschildert, wie Herr F. mit den Zetteln umgeht: Er bewahrt sie in seiner Hosentasche bzw. im Portemonnaie auf, holt sie zum Vorlesen hervor, faltet sie auf und steckt sie nach dem Zeigen und Vorlesen gefaltet wieder an den ursprünglichen Ort zurück. Diese Vorgehensweise wirkt sehr routiniert und weist meiner Ansicht nach in verschiedener Hinsicht einen Leibbezug auf.

Indem die Zettel nah am Körper aufbewahrt werden, können sie jederzeit herausgenommen werden, d.h. sie sind in jeder Situation griffbereit. Außerdem ist der Umgang mit ihnen auf den sog. Leibraum oder Nahraum bezogen.<sup>231</sup> Bei Erwachsenen ist der Nahraum mit psychischen Affinitäten wie: „bei mir zu Hause sein“, „in mir ruhen“, aber auch: Sich-Zurückziehen oder Sich-Schützen verbunden (vgl. Klein 1993, 108).<sup>232</sup> Die Tatsache, dass Herr F. die Zettel nah bei sich trägt, könnte – neben dem praktischen Aspekt, dass sie so leicht greifbar sind – dahingehend gedeutet werden, dass es sich dabei um etwas für ihn Wichtiges oder Schützenswertes handelt.

Des Weiteren stellt der Umgang mit den Zetteln, wie ich finde, eine „eingelebte“ Gewohnheit oder Praxis dar. Die geschickte Art und Weise, mit der Herr F. die Zettel aus der Hosentasche nimmt, sie auffaltet, vorliest, wieder faltet, wegsteckt usw., und die Wiederholung dieser Vorgänge in verschiedenen Situationen, lässt darauf schließen, dass sie ihm „in Fleisch und Blut“ übergegangen ist.

Wie bereits erwähnt greift Herr F. in manchen Situationen spontan nach irgendeinem gerade vorhandenen Stück Papier und schreibt sich etwas auf (vgl. Erzählung 2). Dies scheint Herrn F. dabei zu helfen, sich in einer Situation wieder zu ordnen. Auch diese Form des Umgangs mit den Zetteln scheint gewohnheitsmäßig zu erfolgen, und zwar in Momenten oder Situationen, die für Herrn F. schwierig oder „stressig“ sind.

Weisen diese „eingelebten“ Gewohnheiten, die Herr F. im Umgang mit den Zetteln herausgebildet hat, nun einen ressourcenorientierten Charakter auf? Meiner Ansicht nach

---

<sup>230</sup> Herr F. bezeichnet das Aufschreiben auf die Zettel selbst als „ein bisschen bürokratisch“ (vgl. Erzählung 3) und ist sich somit vermutlich der Bewertung durch andere bewusst.

<sup>231</sup> Der Leibraum entspricht als Nahraum entwicklungspsychologisch betrachtet dem ganz frühen Lebensraum des Menschen, der sich erst allmählich zum außerkörperlichen oder Fernraum entwickelt (vgl. Haas 1993, 96).

<sup>232</sup> Gemeint ist hiermit auch die sog. „enge Kinesphäre“, d.h. der persönliche Bewegungsraum des Menschen, der sich direkt am Körper oder körpernah entfaltet (vgl. Klein 1993, 107 ff.).

tragen sie auf jeden Fall etwas zu seiner inneren Stabilität, aber auch zu einer Entlastung in schwierigen Situationen bei (z.B. bei innerem Druck oder bei Verwirrung).

Aus einer pathologieorientierten Perspektive lässt sich ein interessanter Vergleich anstellen, was das Handhaben belastender bzw. Stress verursachender Situationen betrifft: Die kognitive Verhaltenstherapie geht davon aus, dass Menschen mit seelischen Erkrankungen u.a. Problemlösedefizite aufweisen. Demzufolge stellen sog. Problemlöseverfahren in (sozial-)psychiatrischen Bereichen eine gängige Vorgehensweise dar, um problematische Situationen besser zu bewältigen.<sup>233</sup> Dabei wird gegenüber Problemen eine rationalere Haltung erarbeitet – Probleme werden also konkretisiert und eigene Verhaltensanteile berücksichtigt – ,oder antizipierendes Denken wird gefördert, damit zugunsten von überlegtem Handeln auf spontan-impulsives Reagieren verzichtet werden kann (vgl. Roder et al. 1992, 64).<sup>234</sup>

Den Vergleich habe ich hier vorgenommen, um eine Diskrepanz aufzuzeigen: Bei Herrn F.s Bewältigungsweisen im Zusammenhang mit problematischen Situationen handelt es sich um etwas grundsätzlich anderes als dies bei den „strategischen“ Verfahren zur Problemlösung der Fall ist. Herrn F.s Gewohnheiten mit den Zetteln mögen unsystematisch und nicht immer zielführend sein, aber sie vermitteln ihm durch ihren individuellen und eingelebten Charakter Halt und Sicherheit.<sup>235</sup> Ferner wollte ich in diesem Kontext herausstellen, dass durch eine symptomorientierte Interpretation u.U. übersehen wird, welche Ressourcen mit den teilweise sehr eigenwilligen Bewältigungsweisen psychisch kranker Menschen verbunden sind.

#### *V 3.2.3.6 Kommunikation mittels Zetteln*

Die Zettel haben, wie Erzählung 2 zeigt, auch einen Bezug zu den anderen. In den nachkommenden Abschnitten werden zuerst die Kommunikationsweise insgesamt und dann einzelne Aspekte der Zettel-Kommunikation untersucht.

Es mutet es zunächst befremdlich an, dass Herr F. mittels Zetteln Kontakt zu anderen Personen aufnimmt. Zwei Dinge fallen an dieser Kommunikationsweise auf: Anstatt mit seinem Gegenüber in ein Gespräch zu kommen, liest Herr F. vor, was auf seinen Zetteln

---

<sup>233</sup> Eine konzeptionelle Grundlegung des Problemlösens als therapeutische Strategie und Technik lieferten ab den 1970er-Jahren D’Zurilla und Goldfried (vgl. Roder et al. 1992, 61; mit Bezugnahme auf D’Zurilla und Goldfried 1971).

<sup>234</sup> Roder et al. (vgl. 1992, 64) nennen die o.g. Ziele in Bezug auf das von ihnen im Rahmen des IPT (Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten) entwickelte Problemlöseverfahren.

<sup>235</sup> Etwas hilfreiches Neues könnte zudem nur erreicht werden, wenn am Gewohnten angesetzt würde, sodass eine dosierte Veränderung in kleinen Schritten erfolgen könnte (vgl. auch Roos 2007, 79; mit Bezugnahme auf Nietzsche).

geschrieben steht. Außerdem fängt er mich quasi „zwischendurch“ ab, um mir die Zettel-Inhalte vorzulesen, was er dann auf eine oft hektische Weise tut.

Als Erstes ist es hier naheliegend, an soziale Kompetenzprobleme zu denken. In der einschlägigen Literatur werden die entsprechenden Kompetenzprobleme in Zusammenhang mit schweren psychischen Störungen vielfach beschreiben (vgl. z.B. Herberich/Lenz 2007, 238). So wäre z.B. ein zudringlich-aggressives Verhalten als ein Zeichen sozialer Inkompetenz zu werten (vgl. Hinsch/Pfingsten 2007, 6). Eine andere pathologieorientierte Erklärungsperspektive wäre die folgende: Weil Herr F. aufgrund einer beeinträchtigten verbalen Kommunikation im spontanen Gespräch den roten Faden verliert oder vom Thema abkommt (vgl. Roder et al. 1992, 49 f.; mit Bezugnahme auf Andreasen 1979), müsste er dazu übergehen, vom Blatt abzulesen.

Aus einer symptomorientierten Perspektive böte es sich daher an, Herrn F. an einem Training zur Förderung sozialer bzw. kommunikativer Kompetenzen teilnehmen zu lassen. Entsprechende Trainings, in denen grundlegende kommunikative Fertigkeiten eingeübt werden, sind häufig Bestandteil des sozialpsychiatrischen Angebots.

Fragt man nach anderen Hintergründen, um Herrn F.s „einseitige“ Art des Sich-Mitteilens zu verstehen, so wären auch die Bedingungen sozialpsychiatrischer Institutionen in den Blick zu nehmen. Einerseits ist es Herrn F. wahrscheinlich nur in einem Rahmen wie dem sozialpsychiatrischen möglich, auf die beschriebene Weise zu kommunizieren, d.h., seine Themen anhand von Zetteln – manchmal auch situativ unpassend – mitzuteilen. Andererseits sind die institutionellen Gegebenheiten zugleich so, dass professionelle Mitarbeiter vielfach wenig Zeit haben, um sich den nebensächlich oder unwichtig erscheinenden Themen ihrer Klienten zu widmen (insbesondere, wenn sich diese Themen zu wiederholen scheinen). Herr F. – so eine hier denkbare Deutung – benötigt „Zuhörer“, bei denen er seine Themen „deponieren“ kann. I.d.R. stößt er jedoch auf taube Ohren, was vielleicht auch durch den Eindruck der Redundanz bedingt ist.

Aus einer ressourcenorientierteren Perspektive zeigen sich überdies die Phänomene des Hörens und des Gehört-Werdens.

Küchenhoff/Warsitz (1992) und Küchenhoff (2005) stellen die zentrale Bedeutung des Hörens sowie des Gehör-Findens im Rahmen einer sog. therapeutischen Akustik heraus.<sup>236</sup>

---

<sup>236</sup> Bezugnehmend auf Foucaults Analyse, dass die Klinik aus dem ärztlichen Blick heraus entstehe, der kontrollierend, ein- und durchdringend sei, der auf die Entlarvung des Symptoms ziele und an der Person bzw. Persönlichkeit des Kranken vorbeischaue (Küchenhoff 2005, 142; mit Bezugnahme auf Foucault 1973), wird stattdessen gefordert, dass der Psychiater sein Ohr leihen müsse (Küchenhoff/Warsitz 1992, 13).

Den Autoren geht es um ein Hören durch die Worte hindurch, wobei nicht gemeint ist, „hinter“ den Worten nach dem eigentlichen Sinn oder dem eigentlichen Subjekt zu suchen (Küchenhoff/Warsitz 1992, 140). Gefordert wird u.a., das Pianissimo der anderen Person zu hören – das, was sie nicht sagt, sondern nur fühlt oder denkt – oder die eigenen Gefühle und Empfindungen als Resonanzraum zu nutzen, wenn einem etwas gesagt wird (Küchenhoff 2005, 146 f). Gemeint ist darum ein Typus des „musikalischen Hörens“, bei dem die verschiedenen Töne, Motive, Resonanzen und Dissonanzen aufgenommen werden und sich in der Deutung schließlich zu einer Melodie zusammenfügen (Küchenhoff/Warsitz 1992, 144).<sup>237</sup>

Bezieht man diese Erörterungen zum Hören auf den hier besprochenen Fall, dann kann das Zettel-Vorlesen anders verstanden werden. In Herrn F.s drängendem Vorlesen schwingt atmosphärisch die Dringlichkeit des Gehört-werden-Müssens mit. Dabei sind seine Appelle unterschiedlich nuanciert: manchmal ist der Tonfall ängstlich, beunruhigt, manchmal eher mitteilend-sachlich oder bisweilen auch gereizt usw.

Aus ressourcenorientierter Sicht kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass Herr F. durch das Zettel-Vorlesen einen Weg findet, um sich mit den für ihn wichtigen Themen Gehör zu verschaffen. Dies sollte als ein kreatives Vermögen gewertet werden: Indem Herr F. sich mit seinen persönlichen Themen Gehör verschafft, tritt er seinem Gegenüber (im Sinne einer Selbstermächtigung) zugleich als Subjekt entgegen, das wahrgenommen werden will.

Ein nächster Aspekt der Zettel-Kommunikation bezieht sich darauf, dass Herr F. mir nach einer Weile Zettel *schenkt*, deren Inhalte vorwiegend religiöser Art sind (vgl. Erzählung 4). Die Zettel überreicht er mit den Worten: „Gute Wünsche für Sie.“

Aus einer ressourcenorientierten Perspektive könnte das Schenken dahingehend interpretiert werden, dass Herr F. aus seiner spirituellen bzw. religiösen Überzeugung heraus einer anderen Person etwas Gutes und Wertvolles geben will. Durch diese Handlung wird er zugleich von einem Bedürftigen oder Ratsuchenden zu einem Gebenden. Dieses Schenken kann, wie ich finde, sogar als ein Zeichen von Engagement interpretiert werden. Engagement gilt, wie in der Literatur verschiedentlich dargelegt, als ein wichtiger Indikator für Gesundheit. Durch Engagement erhält man z.B. Lebenssinn und Lebensqualität (vgl. Keupp 2008, 25 ff.).

---

<sup>237</sup> Die freischwebende Aufmerksamkeit des psychoanalytischen Settings gilt als Beispiel einer solchen Praxis (vgl. Küchenhoff/Warsitz 1992, 144).

Sicher muss das Engagement, damit es als Gesundheitsressource wirksam wird, mehr umfassen als bloße Schenk-Gesten. Ansatzweise ist eine entsprechende Ausrichtung aber zu erkennen. Denn Engagement meint auch, die persönlichen Stärken zu kennen, um sie sinnvoll in Beziehungen, Freizeitaktivitäten etc. zum Wohl eines größeren Ganzen einzusetzen (vgl. auch Germer 2012, 224). Im unaufgeforderten Verschenken dessen, was ihm selbst wichtig, teuer und eine Hilfe im Leben ist, drückt sich bei Herrn F. eine solche Haltung dem anderen gegenüber aus.

Aus einer symptomorientierten Sicht könnte den oben erfolgten Ausführungen allerdings entgegengesetzt werden, dass Herr F. – zumindest aus „weltlicher“ Sicht – einfach zur Frömmerei neigt und entsprechendes Gedankengut verbreitet. Zudem könnte in seinem Verhalten wiederum eine soziale Inkompetenz erkannt werden. Das Zettel-Geschenk wäre dann mit einem Mangel an Einfühlungsvermögen hinsichtlich der Frage verbunden, ob die Zettel-Gabe die andere Person wirklich erfreut oder zu ihrer weltanschaulichen Einstellung passt. Weil psychische Erkrankungen sich ganz besonders in den zwischenmenschlichen Beziehungen niederschlagen (Baer et al. 2003, 347), könnte ein unempathisches Verhalten demzufolge als Krankheitssymptom aufgefasst werden. Wegen der Belastung durch die seelische Erkrankung – so ein diesbezüglicher Erklärungshintergrund – ist die Person auf sich selbst zurückgeworfen und muss sich gezwungenermaßen sehr stark mit dem eigenen Verhalten auseinandersetzen; dabei wird der Blick für andere Menschen und deren Bedürfnisse eingeschränkt (ebd.).

An dieser Stelle muss nun wiederum zwischen der Gültigkeit einer an der Pathologie und einer an den Ressourcen orientierten Perspektive abgewogen werden.

Überblickt man die dargestellte Kommunikation zwischen Herrn F. und mir als Pädagogin nochmals im Ganzen, lässt sich eine Entwicklung feststellen, die m.E. für eine Ressourcenorientierung spricht. Die zuerst eher negativ getönte und „festgefahren“ wirkende Kommunikation zwischen uns ändert sich durch ein gewandeltes Hinhören und entsprechendes Nachfragen meinerseits. Es entsteht eine positive Resonanz zwischen uns, die eine Bedingung für die weitere Entwicklung der Kommunikation zu sein scheint. Sie führt weg von einer Eingleisigkeit hin zu einem Dialog und zu mehr Gleichheit bzw. Gleichwertigkeit zwischen den Dialogpartnern. Aufgrund einer sich anbahnenden Dialogfähigkeit von Herrn F. würde ich die Zettel-Kommunikation durchaus als einen Ansatz der Selbstsorge werten.

Natürlich kann aus pädagogischer Sicht gefragt werden, ob die Zettel-Kommunikation nicht doch einer pädagogisch initiierten Veränderung bzw. einer „Verbesserung“ bedürfe?

Argumente hierfür gäbe es anhand der einschlägigen Literatur zuhauf. Kompetenztheoretische Theorien betonen bspw. – um nur ein Argument zu nennen –, dass soziale Kompetenzen Schutzfaktoren darstellen, die für den Erhalt oder die Wiedererlangung psychischer und körperlicher Gesundheit zentral seien (Hinsch/Pfingsten 2007, 3). Sicherlich können soziale Kompetenzen einen wichtigen Beitrag zum Gelingen zufriedenstellender Beziehungsgestaltung leisten (Lorenz 2005, 149). Um dieses Ziel zu erreichen, darf die Pädagogik aber nicht nur „von außen“ Methoden und Techniken zur Kommunikationsverbesserung anbieten.

In Herrn F.s Fall sollte an seine Art und Weise der Kontaktaufnahme angeknüpft werden. Dies zeigt, dass der Aspekt der sozialen Anpassung nicht überbetont, sondern dass der Eigensinn der betreffenden Person akzeptiert und wertgeschätzt werden sollte.<sup>238</sup>

### **V 3.2.4 Reflexionen zum Fall Herr F.**

#### *V 3.2.4.1 Allgemeine Einschätzung in Bezug auf die Selbstsorge*

Zum Teil zeigt sich am Beispiel von Herrn F. die von Blankenburg (vgl. 1988, 11) beschriebene Mischung von Störung und Bewältigungsversuchen. Selbstsorge ist ansatzweise erkennbar, aber Herrn F.s diesbezügliche Fähigkeiten sind (noch) nicht so stark entwickelt. Auf jeden Fall versucht Herr F., sich um sich selbst zu kümmern und sein Leben auch unabhängig von sozialpsychiatrischen Hilfen in eine von ihm als positiv erachtete Richtung zu verändern. Teils aufgrund seiner krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, teils aus einem Mangel an Ressourcen gelingt ihm dies jedoch nicht immer. Jene nicht glückenden Versuche, sich um sich selbst zu sorgen, könnten meiner Meinung nach mit Heideggers (vgl. 1977) Begriff der Sorge adäquat erfasst werden. Wie an früherer Stelle ausgeführt, besagt Heideggers Begriff, dass Menschen grundsätzlich nicht anders können, als für ihr Dasein zu sorgen.

Unter der Perspektive der Pathoplastik (vgl. Frankl 1987) drückt sich in Herrn F.s Zettel-System darüber hinaus ein gestaltender Umgang mit seiner krankheitsbedingten Vulnerabilität aus. Die Verletzlichkeit und ein Ressourcenmangel mögen der Grund dafür sein, weshalb Herrn F. überhaupt zum Mittel des Zettel-Schreibens greifen muss.

Weiter oben wurde schon angedeutet, dass sich in den Erzählungen auch Ansätze der Selbstsorge zeigen, die gesundheits- und entwicklungsorientiert zu verstehen sind. Herr F.

---

<sup>238</sup> In vielen leib- und bewegungsorientierten Therapieansätzen oder in der Psychomotorik ist eine solche Vorgehensweise bekanntermaßen üblich: Sie setzt da an, wo die Person steht, und arbeitet mit dem, was in den konkreten Situationen angeboten wird.

nutzt dabei die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen, um sich selbst zu entwickeln, seine Gesundheit zu unterstützen und im Leben eine sinngebende Orientierung zu finden.

Auf die gesundheitsbezogenen Aspekte seiner Selbstsorge soll im nächsten Kapitel eingegangen werden.

#### *V 3.2.4.2 Gesundheitsbezüge der Selbstsorge*

Herrn F.s Zettel-System kann als eine Gewohnheit verstanden werden, die insgesamt einen positiven Beitrag zu seiner Gesundheit leistet. Für diese Einschätzung gibt es mehrere Hinweise: Einige der auf den Zetteln immer wieder notierten Inhalte bauen Herrn F. auf und unterstützen so eine positive Grundhaltung. Aus Sicht der kognitiv-verhaltensregulierenden Therapieansätze könnte dies als ein Beitrag zum positiven Denken betrachtet werden. Positives Denken trägt u.a. zum Auffüllen des sog. „Ruhetanks“ bei und wirkt stressreduzierend bzw. stressbalancierend, während negatives Denken das Gegenteil bewirkt (vgl. Amering et al. 2002b, 16). Da das Notieren der entsprechenden Inhalte Herrn F. zumindest zu einer gewissen inneren Ruhe und Stabilität verhilft, sollte hier tatsächlich von einer gesundheitszuträglichen Gewohnheit ausgegangen werden.

Auch dem Umstand, dass Herr F. mittels der Zettel Kontakte knüpft, kommt eine Gesundheitsrelevanz zu. Mit anderen Leuten Kontakt aufzunehmen oder zu pflegen (z.B. ein Gespräch anzuknüpfen oder sich offen und frei zu äußern), zählt zu den „positiven Aktivitäten“ in Zusammenhang mit dem Verbessern der Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen (vgl. ebd., 26). Noch wesentlicher ist, dass Herr F. mit den Zetteln einen Dialog anbahnt. Laut Schiffer ist die Kunst des Dialogs sehr gesundheitsrelevant: Der Dialog gilt „[...] als Umschlagsort von Ressourcen [...]“, denn wir „[...] fühlen uns verstanden, nicht allein, weniger ohnmächtig und geängstigt, ‚weniger gestresst‘. Der Dialog hilft uns gesund zu bleiben oder schneller wieder gesund zu werden“ (Schiffer 2001, 18). Ein starkes Selbstgefühl ist eine salutogenetisch bedeutsame Ressource, die sich durch positive Dialogerfahrungen im Rahmen der kindlichen Entwicklung herausbildet (ebd., 21). Diese Ressource bedarf der lebenslangen Pflege, z.B. durch den Dialog mit Menschen, von denen man sich als Person anerkannt fühlt (ebd., 26 f.). Diese Suche nach Anerkennung drückt sich in Herrn F.s Bemühen aus, durch das Medium der Zettel Situationen des Dialogs zu schaffen.

Meiner Ansicht nach ist das Schreiben der Zettel für Herrn F. ferner eine Möglichkeit, mit sich selbst in Kommunikation zu treten. Er versucht bspw., ein Gespür für seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu entwickeln. Dies ist für die Gesundheit bedeutsam, da eine



wertschätzende Selbstkommunikation zu einem guten Selbstwertgefühl und hierdurch wiederum zur Förderung des Kohärenzsинns beiträgt (vgl. Lorenz 2005, 142).<sup>239</sup>

Schließlich lassen die Zettel-Gewohnheiten im Ansatz erkennen, dass die Dimensionen des Kohärenzsинns nach Antonovsky (vgl. 1997) unterstützt werden. Die Verstehbarkeit wird dadurch gefördert, dass Herr F. durch das Schreiben der Zettel insgesamt eine Ordnung und Struktur für sich schafft. Das Vertrauen auf Gott als der letztendlich steuernden Instanz ist eine Ressource, mit der Herr F. den Anforderungen des Lebens begegnen kann. Dies unterstützt die Dimension der Handhabbarkeit. Herr F. erfährt aber auch Bedeutsamkeit: Die ethisch-moralischen und die religiösen Ziele bzw. Praktiken liegen Herrn F. am Herzen. Dies verweist darauf, dass er sein Leben als sinnvoll genug empfindet, um dessen Herausforderungen zu begegnen.

In diesem Kontext sei außerdem angemerkt, dass Herrn F.s Glaube ein besonderes salutogenes Potenzial darstellt. Gemäß Bock kann die religiöse Einbindung und Sinngebung dem seelischen Krankheitsgeschehen einen sprachlichen und sozialen Rahmen geben, sodass das innere Erleben teilbar wird (Bock 1997, 344).

#### *V 3.2.4.3 Themen und Momente der Selbstsorge*

Anhand der an früherer Stelle beschriebenen Selbstsorge-Systematik (vgl. Hügli 1999, 278; mit Bezugnahme auf Schmid 1995, Sp. 529 f.) sollen die Themen und Inhalte von Herrn F.s Selbstsorge geordnet werden.

Durch die Vielfalt der notierten Absichtserklärungen und durch die von Herrn F. in diesem Zusammenhang selbst entwickelten „Techniken“ der Wiederholung und des Sich-Einprägens drückt sich ein Moment der Selbstveränderung aus. Die tatsächliche Umsetzung seiner ethisch-moralischen und religiösen Absichtserklärungen bleibt allerdings ungewiss. Meiner Ansicht nach zielt Herr F. in seinem Bemühen um Selbstveränderung vor allem auf eine ausbalanciertere Lebensführung – vielleicht auch als Ausgleich zur eigenen Impulsivität.

Ein Moment der Selbsterzeugung wird dadurch deutlich, dass Herr F. durch das Medium der Zettel in einen Dialog sowie eine positive Selbstkommunikation zu kommen versucht. Beides leistet, wie oben erörtert, einen wichtigen Beitrag zu einem besseren Selbstgefühl

---

<sup>239</sup> Im Vergleich zur Gruppe der Personen ohne eine psychische Krankheit – so kann hier festgestellt werden – ist die Selbstkommunikation psychiatrischer Patienten bedeutend häufiger negativ und pessimistisch geprägt (Becker 1995, 301; mit Bezugnahme auf Böllner et al. 1975). Becker (ebd.) bezieht sich auf eine Studie von Böllner, Tausch und Tausch, die Patienten mit Depression, Schizophrenie, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit hinsichtlich ihrer Selbstkommunikation untersuchten.

(vgl. auch Schiffer 2001, 26 f.). Herrn F.s Äußerung: „Wer schreibt, das bleibt“ (vgl. Erzählung 4), verweist darauf, wie tiefgreifend sein Bedürfnis nach einer stabilisierenden Selbsterzeugung ist.

Wenn Herr F. durch das Zettel-Schreiben seine Impulsivität auszugleichen und sich selbst zu ordnen versucht, stellt dies überdies ein therapeutisches Moment der Selbstsorge dar.

In Zusammenhang mit Herrn F.s religiöser Überzeugung könnte man von einem prospektiven Aspekt seiner Selbstsorge sprechen. Dadurch, dass das, was kommen mag, im Glauben an Gott in eine höhere Hand gelegt wird, richtet sich die Selbstsorge zugleich auf das Künftige.

#### *V 3.2.4.4 Bedeutung der Leiblichkeit für die Selbstsorge*

Meiner Meinung nach wird der volle Sinngehalt und das Förderliche der mit den Zettel-Gewohnheiten verbundenen Selbstsorge-Ansätze erst in einer leiborientierten Lesart wirklich offenkundig: Diese Gewohnheiten stellen für Herrn F. insgesamt eine Möglichkeit dar, sich selbst zu halten oder zu stabilisieren und sein Leben zu führen. Ansonsten könnten sie als reine Absichtserklärungen missverstanden werden, deren Umsetzung in mancher Hinsicht sehr fraglich erscheinen muss. Es sei in diesem Zusammenhang nochmals daran erinnert, dass in einem an der Leiblichkeit orientierten Verständnis bspw. das Schreiben als wahrnehmbare Spur und als allgemeingültige Struktur dazu beiträgt, dass Herr F. eine vernünftige, haltgebende Ordnung für sich schafft.

Außerdem wurde an anderer Stelle bereits ausgeführt, dass die verschiedenen Facetten von Herrn F.s Umgang mit denzetteln einen konkreten Leibbezug aufweisen: das Schreiben, Aufbewahren, Mit-sich-herum-Tragen oder das Griffbereit-Halten der Zettel. In einer leiborientierten Lesart wird hier auch deutlich, dass die Zettel durch das Aufbewahren im unmittelbaren Leibraum für Herrn F. etwas Wichtiges sind.

Insgesamt ist die Art und Weise, wie Herr F. mit denzetteln umgeht und ein entsprechendes System kreiert, als eine „eingelebte“ Gewohnheit zu verstehen, die Herrn F. Sicherheit im Leben gibt.

#### *V 3.2.4.5 Pädagogische Implikation*

Im Zusammenhang mit der Zettel-Kommunikation erfolgten bereits einige Überlegungen in pädagogischer Hinsicht. Nun soll in einem allgemeineren Sinn geprüft werden, welche pädagogischen Anknüpfungen an Herrn F.s Selbstsorge möglich sein könnten.

Die pädagogischen Vorgehensweisen sollten an Herrn F.s Selbstsorge-Bemühungen anschließen und seine Zettel-Gewohnheiten aufgreifen.

Konkret könnte bspw. bei den Wünschen und Zielen angesetzt werden, die auf den Zetteln formuliert sind. Im Dialog mit Herrn F. könnte eine Annäherung an die damit verbundenen Bedeutungshintergründe sowie Bewältigungsabsichten versucht werden. Hierdurch könnte Herr F. in einem Prozess allmählich seine Selbsterkenntnis erweitern.

Zu den auf den Zetteln festgehaltenen Selbstveränderungsabsichten könnte die Pädagogik eine Alternative anbieten: die Kultivierung von Selbstmitgefühl, wie sie in achtsamkeitsbasierten Verfahren üblich ist. „Selbstmitgefühl ist ein relativ zuverlässiges Mittel zur Regulierung von Gefühlen. Wir müssen uns nicht aufbauen, wenn wir niedergeschlagen sind, so wie man es mit positiven Affirmationen versucht [...]“ (Germer 2012, 127). Herr F. könnte also dabei unterstützt werden, mit der Realität der eigenen Erfahrung sanft und freundlich umgehen zu lernen (vgl. ebd.), anstatt sich allein mit Absichtserklärungen zu befassen.

In dieser Hinsicht wäre es zudem sinnvoll, mit Herrn F. am eigenen leiblichen Spüren bzw. an der Selbstwahrnehmung zu arbeiten. Dies könnte ihm dabei helfen, in Situationen zu erkennen, was ihn überfordert, oder durch leibliches Explorieren herauszufinden, wie er sich wohlfühlen bzw. wie er Halt und Stabilität finden kann.

Das Kommunizieren per Zettel böte aus pädagogischer Sicht ferner die Möglichkeit, die anderen empathischer wahrzunehmen. Es könnte mit Herrn F. geübt werden, das, was ihn gerade bedrängt, interessiert etc., auf den Zetteln zu notieren, es aber erst zu einem gemeinsam vereinbarten Zeitpunkt vorzulesen bzw. mitzuteilen.

Die skizzierten Beispiele ließen sich fortsetzen. Als Fazit halte ich fest, dass Herrn F.s Zettel-System die Möglichkeit bietet, es gemeinsam mit ihm in eine gesundheitsfördernde Richtung weiterzuentwickeln.

### V 3.3 Dritter Fall: Frau R.

#### V 3.3.1 Überlegungen zu den Hintergründen und zur Auswahl des Falls

Das Material für den Fall „Frau R.“ entstammt einem Schweizer Dokumentarfilm von Dieter Gränicher zum Thema „Recovery“: Männer und Frauen mit Psychiatrie-Erfahrung berichten u.a. darüber, was für ihre Genesung nützlich und hilfreich war (vgl. Gränicher 2007).<sup>240</sup> Die

---

<sup>240</sup> Die DVD „Recovery, Wie die Seele gesundet – acht Frauen und Männer erzählen“ ist ein Teil des sog. „Recovery-Projekts“ der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana (vgl. Pro Mente Sana o.J.). Pro Mente Sana „[...] setzt sich für die Interessen psychisch kranker und behinderter Menschen ein. Sie kämpft auf politischer Ebene für die Gleichstellung, für die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben und gegen Diskriminierung psychisch kranker Menschen und setzt sich für die freie Wahl der Behandlung ein. Sie informiert Betroffene, Angehörige und Fachleute über Fragen psychischer Krankheit und Gesundheit“ (Gränicher/Pro Mente Sana 2007, 14).

DVD erschien mir für meinen Zweck geeignet, da das Recovery-Konzept die Hoffnung auf Heilung und die individuellen Gesundungsprozesse hervorhebt. Deshalb versprochen die filmischen Darstellungen nicht nur, eine ressourcenorientierte Sicht psychischer Erkrankungen zu enthalten, sondern, im Zusammenhang mit den gelingenden Genesungsprozessen, ggf. auch individuelle Ansätze der Selbstsorge.

Nach dem Sichten des gesamten filmischen Materials entschied ich mich für das 17-minütige Porträt von Torill Ritschard. In diesem wird der Leiblichkeit im Rahmen des Genesungsprozesses eine wichtige Bedeutung zugemessen, was sowohl auf der Bild- als auch der Sprachebene detailliert aufgezeigt wird. Ferner spielte bei meiner Auswahl eine Rolle, dass die Diagnose für Torill Ritschard „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ lautete – und Erkrankungen aus dem diagnostischen Spektrum der Persönlichkeitsstörungen kommen in der Sozialpsychiatrie mittlerweile häufig vor.<sup>241</sup>

Torill Ritschard wird in ihrem häuslichen Umfeld porträtiert. Sie berichtet ausführlich darüber, was aus ihrer subjektiven Sicht für ihre Gesundheit wesentlich und förderlich ist. Außerdem schildert und zeigt sie, was sie selbst tut, um die eigene Genesung bzw. Gesundheit zu unterstützen. Andeutungsweise erfährt man im Film auch etwas über problematische (und vermutlich krank machende) biografische Hintergründe und eine anscheinend hilfreiche therapeutische Begleitung.

Um von einem filmischen Dokument zu einer Fallbeschreibung in Form von Erzählungen zu kommen, ging ich wie folgt vor: Nach mehrmaligem Anschauen des gesamten Films wählte ich Filmsequenzen aus, die mir in Zusammenhang mit dem Thema „Selbstsorge“ relevant erschienen. Danach beschrieb ich den „visuellen Text“ und hielt anhand der deutschen Untertitelungen<sup>242</sup> den gesprochenen Text fest. Dies geschah, um die Logik der filmischen Erzählung als Verknüpfung von visuellem und gesprochenem Text zu erfassen.<sup>243</sup> Unter der Bezeichnung „Frau R.“ habe ich den Fall schließlich beschrieben: Es handelt sich um fünf Erzählungen, die meiner Einschätzung nach für die Erforschung des Phänomens der Selbstsorge relevant sind.

Es soll an dieser Stelle noch die Intendiertheit des Filmdokuments, das den Hintergrund meines Falls Frau R. bildet, kritisch reflektiert werden: In Abgrenzung zu einer

---

<sup>241</sup> Plöbl/Knuf konstatieren in diesem Kontext: „Die Sozialpsychiatrie kommt an den Persönlichkeitsstörungen nicht mehr vorbei. Die Diagnose tritt immer häufiger auf, sei es als Hauptdiagnose oder als begleitende Diagnose“ (Plöbl/Knuf 2010, 10).

<sup>242</sup> Da es sich bei der Recovery-DVD um eine schweizerische Produktion handelt, sprechen alle Porträtierten schweizerdeutsche Dialekte.

<sup>243</sup> Vgl. zum Verhältnis von visuellem und gesprochenem Text: Denzin (2000, 423).

herkömmlichen psychiatrischen Perspektive fokussiert die filmische Darstellung bewusst *nicht* auf die mit der psychischen Erkrankung verbundenen Schwierigkeiten oder Einschränkungen. Im Zusammenhang mit einer solchen Fokussierung ist zu bedenken, dass vermutlich nur Personen porträtiert wurden, die über einen längeren Zeitraum seelisch stabil sind. Die Krankheitssymptomatik oder symptombedingtes Handeln werden deshalb wahrscheinlich weniger thematisiert werden. Da eine zentrale Botschaft des Recovery-Konzepts lautet, dass Gesundheit „[...] mit, ohne und trotz professioneller Hilfe möglich [...]“ ist (Gränicer/Pro Mente Sana 2007, 5), wird aus diesem Grund vermutlich nicht differenziert dargestellt, welche Einflüsse genau zum Wiedererlangen der Gesundheit beigetragen haben.

### **V 3.3.2 Fallbeschreibung Frau R.**

#### *V 3.3.2.1 Erzählung 1*<sup>244</sup>

Bei Frau R. handelt es sich um eine 51-jährige Frau mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie ist Mutter eines 18-jährigen Sohnes und von Beruf Atemtherapeutin nach der Methode „Ilse Middendorf“. Frau R. behandelt ca. sechs bis zehn Klienten pro Woche, bezieht aufgrund der seelischen Erkrankung aber zugleich eine Invalidenrente.

Ein Klinikaufenthalt, der 22 Jahre zurückliegt, ist bekannt. Damals war Frau R. elf Monate lang auf einer Psychotherapiestation. Außerdem macht sie seit acht Jahren eine ambulante Psychotherapie.

Was das Äußere angeht, ist Frau R. von schlanker, graziler Gestalt. Das schulterlange, glatte und graumelierte Haar trägt sie mit einem Mittelscheitel. Ihre Kleidung ist schlicht. Wenn Frau R. etwas erzählt, zeigt sie ein feinnerviges Mienenspiel. Der umherwandernde Blick wirkt häufig fragend, suchend oder unsicher-schüchtern. Das Lächeln ist verhalten, flüchtig. Frau R.s Gestik ist hauptsächlich nah am Körper und „zart“ (dies zeigt sich z.B. in tupfenden Handbewegungen).

Frau R. benennt mehrere Genesungsquellen, die für sie grundsätzlich wichtig sind: eine gleichmäßige, für sie stimmige Tagesstruktur; Ruhe und Klarheit darüber gewinnen zu können, was sie in verschiedenen Situationen fühlt, spürt und denkt; die behutsame Pflege von Kontakten; das Finden einer beruflichen Identität. Gesundheit bedeutet für Frau R.

---

<sup>244</sup> Die biografischen und diagnostischen Informationen zu Frau R. entstammen der Begleitbroschüre zur DVD und verschiedenen Videopassagen (Gränicer 2007; Gränicer/Pro Mente Sana 2007).

außerdem: sich im Leben wohl zu fühlen, „meine Handlungen im konkreten Leben zu machen“ und „mich entscheiden, was ich machen will.“<sup>245</sup>

#### *V 3.3.2.2 Erzählung 2* <sup>246</sup>

Frau R. befindet sich in ihrer Wohnung. Die Wohnung strahlt eine Atmosphäre der Ruhe und Zurückgezogenheit, aber auch der Wärme und Behaglichkeit aus. Ein solcher Eindruck entsteht z.B. durch Salzkristalllampen, die ein warmes Licht verbreiten, oder durch einen warmen Kräutertee, der in der Tasse dampft.

Frau R. erzählt: „Die Mittagspause, in der ich mir das Essen zubereite, hilft mir, in der konkreten Welt zu sein. Da bin ich alleine für mich, kann mich erholen. Ich finde es entspannend, etwas Einfaches zu tun – wie Kartoffeln schälen und schneiden, essen und Nachrichten hören, wissen was in der Welt geschieht. Ich habe sehr gerne immer den gleichen Tagesablauf. Das ist nicht für jeden gut. Aber es ist mein Bedürfnis, dass ich machen kann, was mir entspricht. Es gibt mir das Gefühl, dass es nicht mehr ist wie in der Kinderwelt, in der mir immer alles verboten wurde, was mir Freude machte – die Spontaneität. Sondern ich weiß, ich kann mir selber den Rahmen geben, den ich brauche. Das gibt mir das Gefühl von Sicherheit. Was für viele Leute langweilig erscheint, ist für mich wunderschön.“

Nach der Zubereitung eines gesunden Gemüseintopfs sitzt Frau R. am Tisch und nimmt ihre Mahlzeit zu sich. Durch die geöffnete Balkontür sieht man zunächst auf eine grüne, sonnenbeschienene Rasenfläche mit Sträuchern und Bäumen. Die weitere Umgebung mit Wiesen, Sträuchern und Wald ist ländlich und wirkt friedlich.

#### *V 3.3.2.3 Erzählung 3* <sup>247</sup>

Frau R. hat eine kleine Trommel zwischen ihre Knie geklemmt. Sie trommelt zwei einfache Rhythmen: zuerst Viertel-, Achtel- und Sechzehntel-Noten, danach ein einfaches rhythmisches Muster mit Vierteln und Pausen. Das Trommelfell wird nur mit dem vorderen Teil der Hand berührt und die Hände wirken mit den durchgestreckten Fingern ein wenig steif. Frau R. blickt während des Trommelspiels mit ernster, konzentrierter Mine und geschlossenen Lippen nach unten. Der Kopf wippt ganz leicht im Rhythmus mit.

---

<sup>245</sup>Vgl. Gränicher 2007, Sequenz 0:27–2:29. – Hier und im Folgenden beziehen sich alle wörtlichen Aussagen Frau R.s auf die deutschen Untertitel des Films. Die Zeitangaben bezeichnen jeweils die „Minuten:Sekunden“ der betreffenden Filmsequenzen.

<sup>246</sup> Vgl. Gränicher 2007, Sequenz 6:32–7:59.

<sup>247</sup> Vgl. Gränicher 2007, Sequenz 8:00–12:04.

Frau R. hat während ihres Aufenthaltes auf der Psychotherapiestation mit großer Freude selbst Trommeln gebaut. Sie erzählt dazu: „Ein anderer Patient war da, der selber trommelte. Wir haben begonnen, gemeinsam zu trommeln. Ich merkte, dass ich mit einem anderen Menschen in ein Trommelgefühl kommen und wir miteinander einen Rhythmus improvisieren konnten. Da wurde mir bewusst, wie wichtig das Trommeln für mich ist.“ Später ergänzt sie: „Ich spiele einen bestimmten Rhythmus auf der Trommel, bis ich in mir drin dieses Gefühl habe: ein Gefühl, das macht, dass ich den Boden besser spüre, dass ich einatme, dass ich ruhig werde, dass ich bekomme und nehme.“

Schließlich erklärt und demonstriert Frau R. ausführlich eine rhythmische Abfolge, die sie trommelt: Es gehe um eine Entwicklung vom Runden, Fließenden zum „Bereich der Aggression“, hin zu „Chaos“ oder „Freude“ und über einen leichten Rhythmus schließlich zum Rhythmus der Stille, der sich wie der Herzschlag anhöre.<sup>248</sup> Frau R.s Erläuterungen wirken langatmig auf mich. Die unterschiedlichen rhythmischen Qualitäten oder Dynamiken sind m.E. kaum erkennbar.

#### *V 3.3.2.4 Erzählung 4*

Nach dem Klinikaufenthalt hat Frau R. das Bauen von Trommeln fortgesetzt.<sup>249</sup> Damals ging es ihr immer wieder sehr schlecht und sie konnte kaum noch etwas machen. Da habe sie begonnen, die Spannfäden der Trommel mit dünnem Faden zu umwickeln: „Das benötigte sehr viel Zeit und gab mir ein wohliges Gefühl – diese Bewegung und dieses einfache Muster zu machen.“ Frau R. deutet eine umfahrende Handbewegung an und zeigt die in einem schwarz-beigen Muster filigran umwickelten Spannfäden der Trommel.

Frau R. präsentiert zudem einen handgearbeiteten Wandteppich.<sup>250</sup> Es handelt sich um ein noch nicht ganz fertiges, in vielen bunten Farben gesticktes Mandala, dessen Mittelpunkt ein Yin-Yang-Zeichen bildet. Der äußerste Ring des Mandalas enthält diverse Formen und Symbole, aber auch figurative Elemente wie Menschengestalten. Der Bildhintergrund ist ebenfalls mit Symbolen (z.B. Flammen, Pflanzen und Bäumen), aber auch mit fein gearbeiteten Mustern wie Mäandern bestickt. Der Teppich wirkt insgesamt äußerst kunstvoll gefertigt und gestaltet. Laut Frau R. stellt das Mandala ihre Auseinandersetzung mit der

---

<sup>248</sup> Unter „Aggression“ versteht Frau R. „[...] die Kraft, die ich brauche, wenn ich meinem Sohn sage: ‚Nein, so nicht!‘, oder: ‚Das will ich. Das will ich nicht!‘ Das ist diese Energie. Die bekomme ich, wenn ich diesen Rhythmus trommle“ (Gränicher 2007). Bei „Chaos“ bzw. „Freude“ spiele sie so, wie es ihr gerade zumute sei: „Dabei denke ich an Regentropfen, die hinuntertröpfeln. So komme ich in das Gefühl von Freude, in dem man ohne sture Regeln sein kann, wie man ist, wo es kein Richtig oder Falsch gibt“.

<sup>249</sup> Vgl. im Folgenden: Gränicher 2007, Sequenz 8:00–12:04.

<sup>250</sup> Vgl. im Folgenden: Gränicher 2007, Sequenz 13:19–15:19.

eigenen Lebensgeschichte dar: Es sei ihr vor allem darum gegangen, nicht das Verletzende, sondern ganz bewusst die positiven Lebenserinnerungen und Symboliken in den Vordergrund zu stellen. Im Rahmen der Therapie habe sie gelernt, entsprechende Entscheidungen zu treffen.

#### *V 3.3.2.5 Erzählung 5*<sup>251</sup>

Frau R. tanzt in ihrer Wohnung zu einer beschwingten klassischen Trompeten-Musik. Ihre Bewegung beginnt langsam und setzt in den Füßen und Beinen an. Durch Schritte vorwärts und rückwärts oder am Platz entsteht eine wiegende Bewegung im Körper, die sich wie eine Welle im ganzen Rumpf fortsetzt. Die Bewegung wird intensiver und fließt bis in die Schultern und Arme. Im Fluss des Tanzes malt Frau R. weite, bogig verlaufende Muster in die Luft. Ihr Gesichtsausdruck wirkt gelöst, die Augen sind teils geöffnet, teils geschlossen. Frau R. dreht sich dann mehrmals um die eigene Achse. Vielleicht verstärkt durch das mitschwingende Haar, erweckt dieses Drehen einen sehr dynamischen Eindruck. Schließlich stampft sie zu einem Akzent der Musik fest mit dem linken und dem rechten Fuß auf den Boden.

In Zusammenhang mit dem Tanzen erläutert Frau R.<sup>252</sup>: So sehr sie früher gelitten habe, so sehr freue sie sich heute. Sie freue sich, dass sie sich spüren könne, dass es schön sei, Farben zu betrachten oder spazieren zu gehen. Sie freue sich auch, dass sie nicht mehr das Gefühl habe, die Zeit daure ewig und sie halte es nicht aus, sondern dass sie so viel Zeit zum Erleben schöner Dinge habe.

### **V 3.3.3 Fallerschließung Frau R.**

#### *V 3.3.3.1 Erster Materialdurchgang und festgelegte Bedeutungseinheiten*

Ein erster Eindruck bei den Erzählungen lässt vermuten, dass es sich bei Frau R. um eine sehr feinfühlig, aber auch verletzliche Person handelt, die viel Zeit darauf verwendet, sich mit sich selbst und der eigenen Befindlichkeit auseinanderzusetzen. Dies spiegelt sich z.B. in ihrer behutsamen Gestaltung des Alltags wider. Durch die intensive Beschäftigung mit sich selbst und ihrer Befindlichkeit scheint Frau R. erspüren zu wollen, was in einer Situation für sie stimmig ist.

Es muss daher geprüft werden, ob Frau R. möglicherweise aufgrund einer krankheitsbedingten Vulnerabilität den Alltag nur durch ein ständiges Nachspüren und

---

<sup>251</sup> Vgl. Gränicher 2007, Sequenz 15:20–16:22.

<sup>252</sup> Vgl. im Folgenden: Gränicher 2007, Sequenz 15:32–16:00.



Austarieren meistern kann. Daneben wird zu fragen sein, inwieweit sie unter den gegebenen Umständen tatsächlich dazu kommt, ihre „[...] Handlungen im konkreten Leben zu machen“ (vgl. Erzählung 1). Dagegen kann im Hinblick auf eine Ressourcenorientierung überlegt werden, ob die starke Beschäftigung mit sich selbst und die Art der Alltagsgestaltung auf eine besondere Achtsamkeit und ein bewusstes Leben des Moments hinweisen.

Frau R. pflegt Gewohnheiten, bei denen das leibliche Spüren und Bewegung eine wichtige Rolle zu spielen scheinen (z.B. beim Handarbeiten, bei der tänzerischen Improvisation oder beim Trommelspiel). Außerdem fällt insgesamt eine Diskrepanz auf: Wenn Frau R. spricht und etwas mit Worten erklärt, wirkt sie eher unsicher oder angespannt. Dagegen scheint sie viel mehr in sich zu ruhen oder „bei sich“ zu sein, wenn sie etwas tut (z.B. beim Tanzen).

Meiner Meinung nach bietet es sich bei diesem Fallbeispiel in besonderer Weise an, das, was möglicherweise als Selbstsorge gedeutet werden kann, unter dem Blickwinkel der Leiblichkeit zu reflektieren.

Zum Fall Frau R. wurden die folgenden Bedeutungseinheiten festgelegt:

- Gleichmäßiger Tagesablauf, einfache Alltagstätigkeiten
- Behagliche Wohnung, grüne Ausblicke
- Trommeln, Rhythmus
- Handarbeiten, Handwerken (sticken, umwickeln, Trommeln bauen)
- Tanzen zu Musik

Um die Textmenge in Zusammenhang mit der Fallanalyse zu begrenzen, stelle ich die Bedeutungseinheiten „Gleichmäßiger Tagesablauf, einfache Alltagstätigkeiten“ sowie „Behagliche Wohnung, grüne Ausblicke“ nur als Zusammenfassungen vor. Die anderen Bedeutungseinheiten werden ausführlich analysiert.

#### *V 3.3.3.2 Gleichmäßiger Tagesablauf, einfache Alltagstätigkeiten*

In Erzählung 2 erfährt man einiges über Frau R.s Alltagsgestaltung. Eine ihrer zentralen Aussagen lautet in diesem Zusammenhang: „Ich habe sehr gerne immer den gleichen Tagesablauf.“ Die Gleichmäßigkeit des aktuellen Tagesablaufs setzt Frau R. ihren Erfahrungen in der Kindheit gegenüber. Sie spricht von einer Kinderwelt, „[...] in der mir immer alles verboten wurde, was mir Freude machte – die Spontaneität“ (vgl. Erzählung 2).

In diesem Kontext kann ein Bezug zu Winnicotts Konzepten des wahren und falschen Selbst hergestellt werden (vgl. Winnicott 2001). Wie an früherer Stelle ausgeführt, ist das falsche Selbst auf der Grundlage von Gefügigkeit aufgebaut und kann als Schutz des wahren Selbst eine Abwehrfunktion haben (ebd., 173). Winnicott und andere Autoren, die sich an

seine Theorie anlehnen, betrachten die Herausbildung eines falschen Selbst als ein typisches Merkmal des Borderline-Syndroms (vgl. z.B.: Rohde-Dachser 1989, 155; Fonagy et al. 2006, 18 f.<sup>253</sup>). Unter der Perspektive der Pathologie könnte der von Frau R. präferierte „monotone“ Tagesablauf daher als die – aufgrund der Beeinträchtigung des wahren Selbst – verbleibende Möglichkeit der Lebensführung interpretiert werden. Es wäre m.a.W. der „Handlungsspielraum“, den sie als erwachsene Person überhaupt noch zur Verfügung hätte. Unter Berücksichtigung der pathoplastischen Idee käme die gleichförmige Alltagsgestaltung einem angemessenen Bewältigungsversuch gleich: Da Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig zwischen Unter- und Übererregung pendeln, sind u.a. die Reizreduktion, der Rückzug oder die Pflege eines gesundheitsförderlichen Lebensstils mögliche Strategien gegen eine Übererregung (vgl. Hammer/Plöbl 2013, 179).<sup>254</sup>

Im Hinblick auf eine Ressourcen- und Gesundheitsorientierung kann der Blick nun nochmals gewendet werden: Bei Frau R. kann auch, so die These, von einer diätetischen Gestaltung des Alltags ausgegangen werden. In Erzählung 2 wird z.B. die Rhythmisierung des Tagesablaufs thematisiert: Frau R. versucht, sich nach den atemtherapeutischen Behandlungen in der Mittagspause bewusst zu entspannen, indem sie sich ausgleichenden Tätigkeiten widmet. Darin zeigt sich ihre Sorge um die bereits in der antiken Diätetik als essenziell erachtete Ausgewogenheit von Arbeit und Muße bzw. von Bewegung und Ruhe (vgl. Schipperges 1990, 69 ff.). Die sehr achtsame Haltung, mit der Frau R. in dieser Hinsicht den Alltag gestaltet, lässt überdies erkennen, dass sie auf die Uhren hört, die das Leben stellt, sich also nicht unter den Zwang eines abstrakten Zeitdiktats begibt.<sup>255</sup> Die Fallanalyse lässt noch weitere Felder der diätetischen Gestaltung erkennen, bspw. bezüglich Speise und Trank oder der Steuerung des Affekthaushalts.

Meiner Meinung nach sollten diese diätetisch geprägten Gewohnheiten als Selbstsorge verstanden werden. Denn es handelt sich um Suchmuster im Hinblick auf eine balancierte Lebensführung, die zum „leibhaftigen Gedeihen“ (ebd., 69) Frau R.s beitragen. Außerdem würde ich behaupten, dass die Alltagsgewohnheiten nicht bloß als krankheitsbedingte Konzessionen zu betrachten sind, sondern etwas mit Frau R.s wahren Selbst zu tun haben.

---

<sup>253</sup> Mit dem Begriff „Borderline“ bezeichnen Fonagy et al. eine pathologische Persönlichkeitsorganisation, die als Faktor möglicherweise bei allen schweren Persönlichkeitsstörungen beteiligt sein könnte und nicht nur bei Erkrankungen, welche die formalen Diagnosekriterien erfüllen (Fonagy et al. 2006, 17 f.).

<sup>254</sup> Merkmale der emotional-instabilen Persönlichkeit, zu der auch der Borderline-Typus zählt, sind gemäß ICD 10 u.a.: die Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, unvorhersehbare und launenhafte Stimmungen sowie die Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und die Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren (DIMDI 2012, o.S.).

<sup>255</sup> Vgl. hierzu auch die Ausführungen von Schipperges (1990, 86 ff.).

#### *V 3.3.3.3 Behagliche Wohnung, grüne Ausblicke*

Anhand einer Untersuchung der jeweils typischen Atmosphären von Frau R.s Wohnung einerseits und der Wohnumgebung andererseits (vgl. Erzählung 2) kann aus (leib-)phänomenologischer Sicht festgestellt werden, dass Frau R. positive atmosphärische Wirkungen für sich nutzt. Eine derartige Deutung geht u.a. von Schmitz' Überlegung aus, dass Atmosphären den Menschen leiblich ergreifen können (Schmitz 1969, 98). Durch die Wirkung von Atmosphären entstehen m.a.W. leibliche Resonanzen. Während eine bedrückende Atmosphäre bspw. einengt, weitet sich der Leib in einer gelösten heiteren Umgebung, das Herz geht gleichsam auf (vgl. Fuchs 2000a, 214).

Frau R. kreiert bzw. wählt in Bezug auf ihre Wohnsituation bewusst solche Innen- und Außen-Atmosphären, die für sie bekömmlich sind. Gemeint sind in diesem Kontext die stille und zugleich behagliche, warme Atmosphäre der Wohnung sowie die „grüne“, atmosphärisch friedlich und harmonisch wirkende Wohnumgebung. Was die Letztere betrifft, wären dazu die diversen positiven Effekte der Natur auf die Gesundheit zu nennen (vgl. Gebhard 2010, 110). Aus einer ressourcenorientierten Sicht zeigt sich hier somit eine Form der Selbstsorge, die als das Schaffen einer heilsamen „Kultur der Atmosphären“<sup>256</sup> resümiert werden kann. Sie basiert vorwiegend auf einem leiblich-intuitiven Wissen Frau R.s.

Dagegen wäre in einer symptomorientierten Perspektive zu bedenken, dass bei Borderline-

Persönlichkeitsstörungen eine erhöhte Durchlässigkeit der Selbstgrenzen besteht (vgl. Rohde-Dachser 1989, 128). In diesem Sinne würde der ruhige Wohnort im Grünen weniger einer klugen Wahl als einem krankheitsbedingten Rückzugsverhalten entsprechen. Die Tendenz zur Übererregbarkeit (vgl. Hammer/Plöbl 2013, 179) würde zwingend die Notwendigkeit bedingen, unruhige und hektische Atmosphären zu meiden. Aber auch dann lautet mein Fazit unter einem pathoplastischen Blickwinkel, dass es sich um eine Form der Selbstsorge handelt.

#### *V 3.3.3.4 Trommeln, Rhythmus*

In Erzählung 3 wird geschildert, wie Frau R. auf einer kleinen Trommel einfache und eher monotone Rhythmen spielt. Da sie beim Trommeln relativ „steif“ wirkt, also im Körper wenig mitschwingt, und zudem leise (d.h. nicht kraftvoll) trommelt, erweckt dies einen „kontrollierten“ oder gehemmten Eindruck.

---

<sup>256</sup> Vgl. bezüglich des Begriffs: Soentgen (1998, 77; mit Bezugnahme auf Schmitz).

Eine pathologieorientierte Interpretation von Frau R.s Trommelspiel könnte anhand von allgemeinen Bewegungsanalysen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgenommen werden, die aus der tanz- und bewegungstherapeutischen Literatur bekannt sind. Allerdings muss hier ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass in den genannten Verfahren allgemeine Betrachtungen zu den Krankheitsbildern sehr kritisch hinterfragt werden (vgl. z.B. Klein 1993, 208 f.). Außerdem wird keine defizitorientierte Sichtweise eingenommen. Um jedoch eine pathologieorientierte Lesart exemplarisch zu entfalten, greife ich hier dennoch darauf zurück.

Folgendermaßen könnte argumentiert werden: Die bei Frau R. beobachtbaren „Bewegungsantriebe“ lassen eine gewisse Borderline-Krankheitstypik erkennen, denn es fehlen kraftvolle und direkte Bewegungsantriebe (vgl. Klein 1993, 274). Wegen eines verstärkten Bedürfnisses nach Kontrolle, so ein weiteres mögliches Argument, sind fließende und hingebungsvolle Bewegungen nicht vorhanden, da sie nicht zugelassen werden können (vgl. Kern/Tengler 2001, 8).<sup>257</sup> Ferner könnte das überwiegend zarte Trommelspiel als eine Tendenz zur „Lärmvermeidung“ und somit eine Aggressionshemmung gedeutet werden. Denn „Lärm“ wird bei Erwachsenen oft als Aggression erlebt und ist daher mit Schuldgefühlen besetzt (vgl. Lapierre/Aucoturier 2002, 67). Ein Bezug zur seelischen Erkrankung ließe sich dahingehend herstellen, dass bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen laut Rohde-Dachser nicht nur eine Angst vor der Destruktivität der eigenen Gefühle, sondern vor allem auch vor der immensen eigenen Aggression besteht (vgl. Rohde-Dachser 1989, 179).

Man könnte also die rhythmisch-musikalische Art des Trommelspiels und den damit verbundenen Bewegungsausdruck als Anzeichen krankheitsbedingter Beeinträchtigungen interpretieren. Dies ist aber nicht nur ziemlich konstruiert, sondern auch abwegig.

Es fragt sich deshalb, welche Potenziale oder Ressourcen mit dem Trommeln verbunden sein könnten? Weshalb pflegt Frau R. das Trommelspiel über viele Jahre?

Frau R. nennt selbst einige für sie positive Aspekte: Sie trommelt einen Rhythmus so lange, bis sie den Boden besser spürt, ruhig wird und fühlt, dass sie „bekomme“ und „nehme“ (vgl. Erzählung 3). Die Tatsache, dass Frau R. durch das Trommeln den Boden besser spürt, kann so gedeutet werden, dass sie sich durch das rhythmische Schlagen auf der Trommel

---

<sup>257</sup> Kern/Tengler beziehen ihre Ausführungen auf traumatisierte Menschen (vgl. Kern/Tengler 2001). Verschiedene Äußerungen Frau R.s lassen sich als Hinweise auf traumatisierende biografische Erfahrungen verstehen (z.B. ihre Erläuterungen zur Auswahl von Lebenserinnerungen in Zusammenhang mit dem Stecken des Mandalas) (vgl. Erzählung 4).

„erdet“. Sie erlebt Grounding-Gefühle, d.h. eine sichere Verbindung zum Boden bzw. zur Erde, die auch ein allgemeines Sicherheitsgefühl vermittelt (vgl. auch Kern/Tengler 2001, 7). Deshalb ist es verständlich, dass Frau R. beim Trommeln ruhig wird. In ähnlicher Weise kann das durch das Trommeln entstehende Gefühl zu „bekommen“ und zu „nehmen“ begriffen werden: Die gespürte Sicherheit reduziert etwaige affektive Spannungszustände<sup>258</sup> und lässt Frau R. durchatmen. Ein tiefes Einatmen meint nach der Middendorfschen Atemlehre ein Empfangen von „Stoff“: Einatmend ist man im Aufnehmen und im Empfangen (vgl. Middendorf 1991, 102).<sup>259</sup> Es ist anzunehmen, dass Frau R. die entsprechenden Begriffe und Bedeutungen wegen ihrer Ausbildung zur Middendorf-Atemtherapeutin vertraut sind.

Meiner Meinung nach zeigt die von Frau R. geschilderte rhythmische Abfolge, die sie regelmäßig zu praktizieren scheint, darüber hinaus eine Suche nach den ihr-gemäßen leiblichen Rhythmen.<sup>260</sup> Wenn sie z.B. so spielt, wie es ihr „[...] gerade zumute ist [...], ohne sture Regeln [...]“ (vgl. Erzählung 3, Fußnote), eröffnet ihr das einen Möglichkeitsraum, in dem sie sich erproben und ihr Eigenes entdecken kann. Insofern sorgt sie dafür, die lange vermisste Spontaneität leben zu können. Trommelnd versucht Frau R. somit erneut, ihr wahres Selbst zu „ermöglichen“.

Zudem wird ein Aspekt des Übens erkennbar, wenn Frau R. sich mit rhythmischen Qualitäten auseinandersetzt, die ihr Schwierigkeiten bereiten. Ich denke hier bspw. an den Rhythmus der Aggression, von der im gezeigten Ausdruck wenig zu spüren ist. Deswegen würde ich die rhythmische Praxis auch als eine übende Annäherung an Qualitäten sehen, die Frau R. fehlen, sodass von einem Streben nach Veränderung und Entwicklung gesprochen werden kann.

Schließlich soll im Zusammenhang mit dem Trommeln eine wichtige Äußerung Frau R.s untersucht werden: Während eines viele Jahre zurückliegenden Klinikaufenthalts hat sie gemeinsam mit einem anderen Patienten getrommelt und während des Improvisierens festgestellt, dass sie mit jemand anderem in ein Trommelgefühl kommen kann (vgl. Erzählung 3).

---

<sup>258</sup> In Zusammenhang mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ wird oft von sehr hohen affektiven Spannungszuständen und damit verbundenen akuten Krisenzuständen berichtet (vgl. Wischniewsky 2011, 16).

<sup>259</sup> Demgegenüber wird im Ausatmen laut Middendorf Kraft zum Ton, Wort und Werk gestaltet, der Ausatem ist ein Tun (Middendorf 1991, 102).

<sup>260</sup> Die von Frau R. beschriebenen Rhythmus-Qualitäten (vgl. Erzählung 3) erinnern auch an die sog. „5Rhythms – Flowing Staccato Chaos Lyrical Stillness [...]“ nach Gabrielle Roth (5rhythms.com o.J.). Die 5 Rhythmen sind eigentlich eine Tanz- und Bewegungspraxis (Brecht o.J., o.S.). Die Intention dieser Praxis ist es, durch den natürlichen, dynamischen Verlauf und Spannungsbogen der 5 Rhythmen unmittelbarer zu sich selbst zu gelangen und die eigene Vitalität zu spüren (vgl. ebd.).

Als Erstes fällt auf, dass diese Improvisation für Frau R. eine neue Erfahrung dargestellt haben muss. Das erlebte Gefühl der Gemeinsamkeit scheint Frau R. derartig überrascht und bewegt zu haben, dass sie es auch Jahre später noch für erwähnenswert hält. Es scheint sich insofern um eine wichtige biografische Erfahrung zu handeln. Zieht man die menschliche Fähigkeit zum rhythmischen Mitschwingen in Betracht (vgl. Spitzer 2007, 213)<sup>261</sup> kann dies besser verstanden werden. „Gemeinsam erlebte Musik wirkt [...] verbindend, ihr Rhythmus und ihre Melodie ‚bewegt‘ im Sinne einer gemeinsamen ‚E-Motion‘, Synchronisierung vollzieht sich dabei spontan“ (Jacoby 2012, 47). Es geht m.a.W. also um eine unmittelbare, leibliche Form der Gemeinschaft, die Frau R. nachhaltig beeindruckt hat.

Die Überraschung und das Erstaunen, die Frau R. beim gemeinsamen Trommelspiel erlebt hat, lassen zugleich einen biografischen Mangel vermuten. Andeutungen, die Frau R. in Bezug auf ihre Kindheit macht (vgl. Erzählung 1), lassen eine unempathische Eltern-Kind-Beziehung erahnen. Rhythmische Abstimmungen, so die Erkenntnisse der Säuglingsforschung, prägen die menschlichen Beziehungen von Anfang an (vgl. Stern 2007).<sup>262</sup> Wenn Kinder von Anfang an Antworten erfahren, die auf ihre Äußerungen und Initiativen abgestimmt sind, wird ihre psychische Gesundheit gefördert (Jost 2010, 4). Zugleich wird eine zeitliche oder rhythmische Abstimmung aber auch für die gelingende Kommunikation Erwachsener als wesentlich erachtet (ebd., 5).

Weil Frau R. als Erwachsene „[...] mit einem anderen Menschen in ein Trommelgefühl kommen [...]“ kann (vgl. Erzählung 2), scheint ihr eine solche unmittelbare leibliche Kommunikation trotz eines etwaigen biografischen Mangels zu gelingen. Indem sie das Trommeln weiterhin für sich pflegt, knüpft sie – so mein Fazit – an eine sinnstiftende leibliche Erfahrung an.

Auch aus diesem Grund bin ich der Meinung, dass sich in der Pflege des Trommelspiels Selbstsorge-Fähigkeiten zeigen.

---

<sup>261</sup> „Man geht davon aus, dass ein äußerer Rhythmus uns deswegen so leicht bewegen kann, da er einen inneren, bereits vorhandenen Rhythmus lediglich zu synchronisieren braucht. Wir werden dann von der äußeren Schwingung gleichsam eingenommen und synchronisiert“ (Spitzer 2007, 213).

<sup>262</sup> Stern nennt die Passung der zeitlichen Veränderungen der Intensität und des Zeitmusters / Timings als ein wesentliches Merkmal von Affektabstimmungen, die Gemeinsamkeit zwischen Mutter und Säugling erzeugen (z.B. passen sich Kopfnicken der Mutter und Armbewegungen des Kindes demselben Takt an oder Taktschläge mit unterschiedlicher Akzentuierung werden aufeinander abgestimmt) Stern 2007, 209). – „Affektabstimmung“ meint die Ausführung von Verhaltensweisen, die die Gefühlsqualität eines gemeinsamen Affektzustands zum Ausdruck bringen (ebd., 203).

V 3.3.3.5 *Handarbeiten, Handwerken (sticken, umwickeln, Trommeln bauen)*

Im Folgenden soll analysiert werden, welche Bedeutung dem (Be-)Arbeiten mit den Händen zukommt. In Erzählung 4 werden Beispiele für das Handarbeiten genannt: das Herstellen von Trommeln, das Umwickeln der Trommel-Spannfäden – es ließ Frau R. in einer Phase der psychischen Instabilität wohlige Gefühle erleben – und das mit großer Kunstfertigkeit gestickte Mandala-Bild. Sowohl das Tätigsein mit den Händen als auch die „filigrane“ Qualität und das kreative Potenzial, das sich in Frau R.s „Produkten“ widerspiegelt, sollen in diesem Kontext untersucht werden.

Den Verstehenshintergrund der Analyse bilden Überlegungen zur Bedeutung der Hand unter dem Blickwinkel der Leiblichkeit.<sup>263</sup>

Laut Mollenhauer ist die Hand immer beides: Organ der Bearbeitung äußerer Natur und Organ des Ausdrucks innerer Natur (Mollenhauer 1989, 42). In den Tätigkeiten des Stickens und Umwickelns wird überdies die nach außen weisende Seite der Hand thematisch (ebd.). „Die Hand als ‚Werkzeughand‘ stiftet die aktive Beziehung zur Außenwelt, zumal zur Natur [...]“ (ebd., 45). Mit den Händen zu arbeiten, bedeutet also nicht nur, etwas zu bewirken oder auf etwas einzuwirken, sondern zugleich, eine Beziehung zur Außenwelt herzustellen.

Zunächst lässt sich hier eine Lesart aus der Perspektive der Pathoplastik entwickeln: Wegen Zuständen krisenhafter Hoherregung neigen Menschen mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ dazu, den Kontakt zur Außenwelt und das leibliche Kohärenzgefühl zu verlieren (Wischnewsky 2011, 16). Aus körperpsychotherapeutischer Sicht stellt die spürende Hinwendung zur Außenwelt deshalb einen Weg dar, der aus dem Krisenzustand hinausführen kann, denn die Fähigkeit zur sensomotorischen Wahrnehmung bleibt auch bei Hoherregung erhalten (vgl. ebd.). Betrachtet man anhand des Gesagten Frau R.s Bewegung des Umwickelns, die ihr ein wohliges Gefühl vermittelt, als es ihr sehr schlecht geht, so wird klar: Das Umwickeln ermöglicht es Frau R., sich wahrzunehmen bzw. zu spüren. Es lässt sie leiblich wieder „da sein“. Wirksam wird hier – so die leibphänomenologische Sicht – die vorbegriffliche Gewissheit, zwei Hände zu haben (Mollenhauer 1989, 41). Das menschliche Leibapriori (vgl. ebd.) macht es möglich, dass Frau R. sich sogar in Situationen großen seelischen Ungleichgewichts zu spüren vermag.

Das Thema „Handarbeiten“ kann aber noch stärker in Richtung Gesundheit gelesen werden. Indem Frau R. in den zeitaufwändigen Handarbeiten ganz aufgeht und sich

---

<sup>263</sup> Ich beziehe mich hier auf Mollenhauers Überlegungen zur Phänomenologie der Hände, die im Rahmen einer sog. „pädagogischen Spekulation“ und anhand einer Untersuchung über die bildungstheoretische Bedeutung von Fingererzählungen erfolgen (vgl. Mollenhauer 1989, 39).

gewissermaßen in die Tätigkeit „hineinfallen“ lässt, erlebt sie vermutlich einen Flow-Zustand. Der Begriff des „Flow“ wurde von Csikszentmihalyi in die wissenschaftliche Psychologie eingeführt und bezeichnet ein Gefühl des völligen Aufgehens in einer Tätigkeit (Schmid 2007, 130; mit Bezugnahme auf Csikszentmihalyi 2000). Flow erzeugen können viele Tätigkeiten (ebd.). Flow- und Stress-Gefühle schließen sich dabei gegenseitig aus: „Es kommt im Flow zu keiner physischen oder psychischen Überforderung. Der gesamte Organismus befindet sich in einem Harmoniezustand [...]“ (ebd., 131). Die wohligen Gefühle, die Frau R. in Zusammenhang mit dem Umwickeln der Trommelfäden beschreibt, sind, wie ich finde, ein Hinweis auf einen solchen Zustand der Ausgeglichenheit.

Aus leibphänomenologischer Sicht kann die ressourcenorientierte Sichtweise anhand von Schmitz' basalem Handlungsbegriff weiter entfaltet werden (vgl. Schmitz 2005b, 293 ff.). Handeln besagt laut Schmitz, dass sich bei einer gelingenden Handlung die Einwirkung der handelnden Eigenbewegung auf ein Objekt zeigt (vgl. ebd., 294). Diese „sensomotorisch“ basierte Definition des Handelns trifft m.E. genau auf Frau R.s Tätigkeiten mit den Händen zu. Demgemäß erfährt sie sich beim Arbeiten mit den Händen zugleich als handlungsfähig oder selbstwirksam. Weil Gesundheit für Frau R. u.a. bedeutet, „[...] meine Handlungen im konkreten Leben zu machen“ (vgl. Erzählung 1), wird ein weiterer Anhaltspunkt für eine Gesundheitsorientierung im Zusammenhang mit dem Handarbeiten erkennbar.

Abschließend soll der Aspekt des schöpferischen Gestaltens untersucht werden, der sich ansatzweise im Verziern der Trommel-Spannfäden, noch deutlicher aber im Sticken des Mandala-Wandteppichs zeigt. Als besondere Fähigkeiten sind vorab Frau R.s feinmotorische Geschicklichkeit und ihr Gespür für die verwendeten Materialien herauszustellen. In ihnen zeigt sich die empfindende bzw. sensible oder rezeptive Kompetenz der Hand (verstanden als Gegenpol zur tätigen, zugreifenden oder eingreifenden Hand) (vgl. Mollenhauer 1989, 44).

In Erzählung 4 wird die Ästhetik des Mandala-Bilds hervorgehoben, in der sich Frau R.s kreatives Potenzial zeigt. Obwohl ein Mandala kein unkonventionelles gestalterisches Motiv ist, finden sich in Erzählung 4 genügend Hinweise, dass das Bild eine sehr persönliche Form des Ausdrucks darstellt. Es sei in diesem Zusammenhang an die vielfältigen Symbole, die figurativen Elemente oder Muster erinnert, die für Frau R.s Lebensgeschichte und ihre persönliche Entwicklung bedeutsam sind.

Weil ein Werk ein dingliches Gegenüber ist, das geformt werden kann bzw. muss (vgl. Böni Wymann/Olshausen 1999, 216), ist es auch von Interesse, wie Frau R. sich mit dem gewählten Material ausdrückt. Die Fertigung des Mandalas verweist auf eine kleinschrittige,



fast minutiöse sowie zeitintensive Vorgehensweise. Frau R. stickt nicht „nach Plan“, sondern ihr (aktuell noch unfertiges) Werk entsteht offensichtlich in einem langwierigen Prozess, der von Abwägungen und bewussten Entscheidungen begleitet ist.

Weshalb kann in Bezug auf Frau R.s Mandala-Gestaltung von Kreativität gesprochen werden? Kreativ sein heißt, die Fähigkeit zur Symbolisierung zu besitzen, so die These von Böni Wymann/Olshausen (ebd., 209). „Sind wir kreativ, können wir Symbole gebrauchen, können wir selbstfürsorglich mit uns und anderen umgehen, weil wir in Beziehung treten und gleichzeitig wir selbst sein können. Die Grundvoraussetzung dafür ist die Möglichkeit, einen potentiellen, drei-dimensionalen Raum aufzuspannen“ (ebd.).<sup>264</sup> Es geht insofern um eine eigenständige psychische Leistung, die das dynamische Zusammenspiel zwischen Symbol, Symbolisiertem und dem interpretierenden Subjekt ermöglicht (ebd., 211).

In Bezug auf Frau R.s Gestaltungsprozess von Kreativität zu sprechen, erscheint mir passend, da ausdrücklich „positive“ Lebenserinnerungen ausgewählt und symbolische Ausdrucksformen dafür gesucht und gefunden werden.

Im Zusammenhang mit dem Handarbeiten ist meiner Meinung nach nur eine ressourcenorientierte Lesart angemessen. Im Tätigsein mit Händen und vor allem im kreativen Gestaltungsprozess des Mandalas werden weitere Selbstsorge-Fähigkeiten Frau R.s deutlich.

#### *V 3.3.3.6 Tanzen zu Musik*

In Erzählung 5 wird beschrieben, wie Frau R. zu einer beschwingten klassischen Trompeten-Musik tanzt. Frau R.s Tanz – so ein erster Eindruck – unterscheidet sich deutlich von ihrem sonst eher unsicher-gehemmt wirkenden leiblichen Ausdruck (vgl. Erzählungen 1 und 5). In Anlehnung an Schmitz kann er als gelöst, sich hingebend und aus der Enge des Leibes hervorbrechend beschrieben werden (vgl. Schmitz 2005b, 69 ff.). Zudem hat er eine spontane Qualität.

Was wird an Frau R.s tänzerischem Ausdruck noch sichtbar? Durch die Vor- und Rückschritte entstehen wellenförmige Bewegungen, die durch Brust und Becken laufen und sich in bogig fließenden Luftmustern der Arme und Hände fortsetzen (vgl. Erzählung 5). Die Bezugnahme auf tanztherapeutische Bewegungsbeobachtungskategorien lässt hier den

---

<sup>264</sup> Die Autorinnen stützen sich bei ihren Überlegungen auf Hanna Segal, die sich mit der Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit auseinandersetzt, und auf Thomas Ogden, der auf Winnicotts Konzept des „potential space“ zurückgreift (vgl. Böni Wymann/Olshausen 1999, 209 ff.; mit Bezugnahme auf Segal 1995 und Ogden 1997).

Schluss zu, dass Frau R. im Formfluss tanzt: Im Formfluss ist der Rumpf stark beteiligt und die Körperform wird durch ein sich wandelndes Wechselspiel der Körperteile zueinander bestimmt (Klein 1993, 122). Der entsprechende Bewegungsausdruck kann mit dem Bild einer Welle oder einer sich beständig verändernden Wasserpflanze assoziiert werden (ebd.). Außerdem ist die Aufmerksamkeit der tanzenden Person ganz auf sich selbst und nicht auf den Umraum gerichtet (ebd.). Die Charakteristika des Formflusses treffen auch deshalb auf Frau R.s Tanz zu, da insgesamt der Eindruck entsteht, Frau R. sei ganz auf das Spüren ihrer selbst konzentriert.

Des Weiteren können die in Frau R.s Tanz gezeigten Elemente des Wiegens, Stampfens und Drehens mit Reichel als sog. „frühe“ Tanzbewegungen aufgefasst werden (Reichel 2012, 34). Solche Bewegungselemente kommen gemäß Reichel in vielen Tanzformen vor und gehören zu den tröstenden Effekten des Tanzens (ebd.).

Eine ressourcenorientierte Lesart zu entwickeln, fällt im Zusammenhang mit Frau R.s Tanz, wie ich finde, nicht schwer.

Als Erstes kann in diesem Kontext der tanztherapeutische Grundsatz angeführt werden, dass Tanz sich immer an die gesunde Seite der menschlichen Natur richtet, die in jedem noch so kranken oder verwirrten Menschen vorhanden ist (Schoop 1981, 72). Tanzen kann dementsprechend generell als ein Ausdruck von Leben bzw. Zeichen von Lebendigkeit verstanden werden (Reichel 2012, 29).<sup>265</sup> Die Ressourcenorientierung soll jedoch nicht nur anhand von allgemeinen Aussagen zu den Potenzialen des Tanzes behauptet werden.

Für eine ressourcenorientierte Lesart ist des Weiteren nämlich Frau R.s Tanzen im Formfluss von Bedeutung. Der Formfluss ist im tanztherapeutischen Verständnis häufig mit der Erfahrung verbunden, tiefe persönliche Gefühle zuzulassen und eine Beziehung zu sich selbst herzustellen (Klein 1993, 123). Daher würde ich davon ausgehen, dass Frau R. tanzend erneut Bedingungen schafft, „[...] die es dem wahren Selbst ermöglichen, zu seinem Recht zu kommen“ (Winnicott 2001, 186). Dadurch, dass sie ihren spontanen Impulsen folgt, diese spürt und sich durch die Musik und die Bewegung getragen fühlt, ist sie meiner Meinung nach ganz mit ihrem wahren Selbst verbunden.

Weil der Tanz auch Flow-Gefühle erleben lässt, bei denen der Mensch ganz dabei und völlig involviert ist (vgl. Fritsch 1988, 17 f.), setzt Frau R. das Tanzen auch ihren früheren Gefühlen der Leere oder Langeweile entgegen (vgl. Erzählung 5). Anhaltende Gefühle der

---

<sup>265</sup> Reichel bezieht sich hier auf Sterns Bewegungsbegriff: Bewegung und deren propriozeptive Wahrnehmung gelten als primäre Manifestationen von Belebtheit bzw. Vitalität, die das Grundgewahrsein von Lebendigkeit vermitteln (Reichel 2012, 29; mit Bezugnahme auf Stern 2011, 19).

Leere gelten als typische Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. z.B. Hammer/Plöbl 2013, 165). Die mit dem Tanzen zusammenhängende Fähigkeit zur Freude bildet für Frau R. somit einen Kontrapunkt zu ihrer Erkrankung.

Weiter oben wurde der Kontrast zwischen Frau R.s Tanz- und ihren Alltagsbewegungen erwähnt. Dieser verweist auf ein weiteres wichtiges Gesundheitspotenzial. Der freie Tanz folgt nämlich keiner Verwertungslogik: Er eröffnet dem Menschen die Möglichkeit, sich neu zu erfahren, anders zu sein, sich selbst zu überraschen und sich in einer Weise zu zeigen und zu öffnen, an die im Alltag nicht zu denken wäre (Leising 2012, 27). Auch aus anthropologisch-phänomenologischer Sicht liegen Alltagsgeschehen und Tanzgeschehen weit auseinander, sodass mit Straus die Zweckbewegungen des Alltags von den präsentischen Bewegungen des Tanzes unterschieden werden können (Fritsch 1988, 46 f.; mit Bezugnahme auf Straus 1960). Deshalb ist der Tanzzustand eine andere Weise, leiblich da zu sein (ebd., 67).

Es gelingt Frau R. ganz offensichtlich, im Tanzzustand entspannter und angstfreier präsent zu sein. Potenziell kann sie sich hierdurch gesamthaft Andersartigkeit aneignen (vgl. Leising 2012, 27).

Resümierend kann festgehalten werden, dass das freie, spontane Tanzen eine Form der Selbstsorge darstellt. Eine an der Pathologie orientierte Lesart zu entwickeln, erscheint in diesem Kontext hingegen wenig sinnvoll.

Allenfalls als Gedankenspiel könnte anhand des oben konstatierten Formflusses und der sog. „frühen“ Tanzbewegungen eine (übermäßige) regressive Bedürftigkeit Frau R.s behauptet werden. Denn die frühen Tanzbewegungen werden mit intrauteriner Geborgenheit (Reichel 2012, 34) und das Tanzen im Formfluss mit den ersten frühen Erfahrungen nach der Geburt (Klein 1993, 123) assoziiert. Die bereits angedeuteten biografischen Mangel-erfahrungen könnten sodann als Erklärungshintergrund für Frau R.s Verhaftet-Sein in den frühen Tanzbewegungen herangezogen werden. Aus pädagogischer Sicht müsste eine Einführung zu „reiferen“ Tanzformen angestrebt werden, um entwicklungsförderliche Prozesse anzustoßen. Eine solche Interpretation erscheint mir allerdings nicht überzeugend.

### **V 3.3.4 Reflexionen zum Fall Frau R.**

#### *V 3.3.4.1 Allgemeine Einschätzung der Selbstsorge*

Als Erstes kann festgestellt werden, dass im Fall von Frau R. kein symptombedingtes Handeln zu verzeichnen ist. Frau R.s Selbstsorge ist besonders deutlich auf die Gesundheit hin orientiert. Dies mag einerseits an der Art des Fallmaterials liegen, das die Darstellung

von Gesundheit zum Fokus macht. Andererseits erweckt Frau R. einen seelisch stabilen Eindruck. In mancher Hinsicht muss sie zwar mit ihrer seelischen Vulnerabilität umgehen (pathoplastische Selbstsorge), aber offensichtlich hat sie im Laufe des Lebens gelernt, aus früheren schädigenden Erfahrungen die „richtigen“ Konsequenzen zu ziehen und ein Leben zu führen, das für sie stimmig ist.

Manchmal können die Phänomene, die in der Fallerschließung als Selbstsorge interpretiert wurden, sowohl in eine pathoplastische als auch eine gesundheitsorientierte Richtung interpretiert werden. Das sich hierdurch ergebende Abwägen zwischen den beiden Lesarten möchte ich beispielhaft nochmals veranschaulichen: Der gleichmäßige Tagesablauf und die gesunden Ernährungsgewohnheiten können nicht nur als Selbststeuerung und krankheitsbedingte Konzessionen in Verbindung mit der Borderline-Erkrankung aufgefasst werden, sondern sie sind im Sinne der Diätetik auch als selbst gewählte „Leitlinien“ zu betrachten, die Frau R.s Gesundheit unterstützen. Oder: Das Arbeiten mit den Händen dient nicht bloß der Sicherung des Realitätsbezugs, sondern vielmehr ist es auch deshalb bedeutsam, weil Frau R. dadurch Handlungsfähigkeit, Gestaltungsmöglichkeiten und Kreativität erleben kann.

Wie Frau R.s Selbstsorge in ressourcen- und gesundheitsorientierter Sicht genau verstanden werden kann, wird unten im Detail ausgeführt werden (vgl. V 3.3.4.2).

Die Fall Erzählungen legen im Übrigen therapeutische Einflüsse auf Frau R.s Selbstsorge nahe. Es lässt sich dabei nicht eruieren, inwieweit Frau R. eine Haltung der Selbstsorge in therapeutischen Zusammenhängen erlernt hat oder ob ihre Selbstsorge durch therapeutische Unterstützung „gefördert“ worden ist. In Erzählung 4 wird im Zusammenhang mit dem Sticken des Wandteppichs bspw. angedeutet, dass die Therapie Frau R. zu einer positiven Selbst-Narration verholfen hat, sodass sie sich während des Gestaltungsprozesses ganz bewusst auf positive Aspekte ihrer Biografie beziehen kann.

In der psychotherapeutischen Behandlung von Borderline-Erkrankungen werden außerdem Selbsthilfestrategien besonders betont (vgl. Hammer/Plöchl 2013, 177 ff.). Um die Selbststeuerung im Alltag zu erlernen oder zu verbessern, werden im Rahmen von therapeutischen Skillsgruppen z.B. verschiedene Strategien bzw. „Skills“ eingeübt; sie zielen vorwiegend auf die Bereiche Stresstoleranz, Umgang mit Emotionen, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Achtsamkeit, körperliche Gesundheit und das Bewältigen von Problemen (vgl. ebd., 180).

Man kann sich insofern fragen, ob Frau R.s achtsame Lebensführung und Alltagsgestaltung oder ihre sorgsame Pflege der Gesundheit (erinnert sei z.B. an das gesunde

Essen) durch entsprechende Gruppen angeregt worden ist. Auch wenn dies der Fall sein sollte, sind Frau R.s Selbstsorge-Fähigkeiten meiner Meinung nach mehr als nur eingeübte Strategien. Denn Frau R. scheint sich im Laufe der Jahre eine persönliche Haltung der Selbstsorge angeeignet zu haben, die auch stark auf den Zugängen zur eigenen Leiblichkeit basiert.

#### *V 3.3.4.2 Gesundheitsbezüge der Selbstsorge*

Im Folgenden soll die Gesundheitsorientierung von Frau R.s Selbstsorge nochmals erörtert werden. Dabei wird auf die Gesundheitsdefinition nach der Ottawa-Charta, auf das Gesundheitsverständnis der Diätetik und auf das Modell der Salutogenese Bezug genommen. In Zusammenhang mit Letzterem wird dargelegt, wie sich die drei Dimensionen des Kohärenzsинns in Frau R.s Selbstsorge abbilden. Außerdem werden Frau R.s eigene Definitionen von Gesundheit und die von ihr genannten Genesungsquellen bei den Reflexionen berücksichtigt (vgl. Erzählung 1).

Die gesundheitsorientierte Alltagsgestaltung und Gewohnheitsbildung, die mit Frau R.s Selbstsorge verbundenen ist, entspricht dem in der Ottawa-Charta postulierten Gesundheitsverständnis. Wie an früherer Stelle ausgeführt, wird Gesundheit dort als eine Ressource für das tägliche Leben verstanden, die eine individuelle, sozial eingebettete und produktive Lebensführung nach eigenen Maßstäben ermöglicht (vgl. Weltgesundheitsorganisation WHO 1998, 1).

Abgesehen von diesem noch sehr allgemein formulierten Gesundheitsbezug weist Frau R.s Selbstsorge auch Merkmale einer diätetischen Lebensführung und eine diesbezügliche Gesundheitsausrichtung auf. In Frau R.s Selbstsorge sind Parallelen zu den Regelkreisen gesunder Lebensführung z.B. hinsichtlich der Rhythmisierung des gesamten Alltags oder ihrer Sorge um eine gesunde Ernährungsweise erkennbar. In einer der Diätetik entsprechenden, ausgeglichenen Form der Lebensführung scheint Frau R. einen „Leitfaden“ gefunden zu haben, den sie als geeignet und gesundheitszuträglich erachtet. In diesem Kontext sei auch daran erinnert, dass Frau R. die Gestaltung einer stimmigen Tagesstruktur als eine ihrer persönlichen Genesungsquellen nennt (vgl. Erzählung 1).

Im Hinblick auf das Salutogenese-Modell werden im Fall von Frau R. alle Dimensionen des Kohärenzsинns durch die Selbstsorge unterstützt. Dies sei im Folgenden nochmals kurz veranschaulicht: Die Dimension der Verstehbarkeit wird z.B. in Frau R.s gestickter „Biografie-Arbeit“ deutlich, wenn sie ihre persönlichen Erfahrungen im Prozess der Wandteppich-Gestaltung einzuordnen und zu verstehen lernt. In Zusammenhang mit der

lebensgeschichtlichen Erzählung, die mit dem Sticken des Mandala-Bilds verbunden ist, entfaltet sich zudem Sinnhaftigkeit. Laut Schiffer ist eine solche Sinnhaftigkeit nur dann gegeben, wenn die biografischen Ereignisse im Bewusstsein um die eigene Verletzbarkeit, aber auch hinsichtlich der eigenen Ressourcen bewertet werden (Schiffer 2001, 117). Unter dieser Voraussetzung kann man seines Erachtens vom erleidenden zum gestaltenden Subjekt werden (ebd., 118). Auf Frau R.s Selbstsorge trifft dies meiner Meinung nach zu. Zur salutogenetischen Dimension der Bedeutsamkeit trägt darüber hinaus das Flow-Erleben bei, z.B. beim Tanzen oder durch die wohlthuenden Effekte des Handarbeitens.

Handhabbarkeit erfährt Frau R. in der Selbstsorge schließlich ganz grundlegend durch das Arbeiten bzw. das Tätig-Sein mit den Händen, indem sie sich als handlungsfähig wahrnimmt. An dieser Stelle kann auch daran erinnert werden, dass Frau R. Gesundheit als die Fähigkeit definiert, konkrete Handlungen im Leben machen zu können.

Abschließend kann festgehalten werden, dass Frau R.s Selbstsorge nicht nur im Hinblick auf allgemeine Theorien und Modelle als gesundheitsorientiert gelten kann, sondern dass die Selbstsorge auch mit ihrem subjektiven Gesundheitsverständnis korrespondiert.

#### *V 3.3.4.3 Thematische Ausrichtung der Selbstsorge*

Frau R.s Selbstsorge umfasst verschiedene Themen oder Inhalte, die auf einer übergeordneten Ebene wie folgt zusammengefasst werden können:

- in Zusammenhang mit der Gestaltung des eigenen Wohnumfelds positive atmosphärische Wirkungen nutzen,
- sich durch „Grounding-Übungen“ um den Bezug zum Boden kümmern,
- eine leibliche Haltung der Achtsamkeit pflegen, um das Ihr-Gemäße in Situationen zu erspüren,
- durch die diätetische Gestaltung des Alltags und durch verschiedene Routinen wie Trommeln oder Tanzen ein positives Netz von Gewohnheiten bilden,
- die eigenen expressiven und kreativen Potenziale erkennen und erschließen (z.B. beim freien und spontanen Tanz, beim rhythmisch-musikalischen Spiel oder bei der künstlerischen Gestaltung des Mandalas).

#### *V 3.3.4.4 Bedeutung der Leiblichkeit für die Selbstsorge*

Als Erstes kann mit Bezugnahme auf Seewalds Konzept der reflexiven Leiblichkeit (vgl. Seewald 2007, 95 f.) konstatiert werden, dass Frau R. im Rahmen der Selbstsorge ihre Leiblichkeit intentional dazu nutzt, in Situationen die eigene Befindlichkeit bzw.

Befindlichkeitsunterschiede achtsam wahrzunehmen. Auf diese Weise sucht sie nach dem Ihr-Gemäßen. Durch „authentische“ leibliche Stellungnahmen gibt sie dazu ihrem „wahren Selbst“ (Winnicott 2001) Raum.

Des Weiteren werden in Zusammenhang mit Frau R.s Selbstsorge mehrere der von Blankenburg/Haltenhof genannten kategorialen Zugangsweisen zum Leib genutzt (vgl. im Folgenden: Blankenburg/Haltenhof 1995, o.S.):

Insgesamt zeichnet sich eine Entwicklung in Richtung eines dialogischen Verhältnisses zum Leib ab. Wie bereits erwähnt, „hört“ Frau R. aufmerksam auf ihren Leib, um zu spüren, was sie zur Gestaltung oder Bewältigung der jeweiligen Situation, aber auch zur Lebensführung im Allgemeinen benötigt. So wird ihr der Leib aus einem Verhältnis der inneren Differenziertheit heraus zum „Gesprächspartner“.

Andere Formen des leiblichen Zugangs sind ebenfalls bedeutsam. In der Tätigkeit des Umwickelns, die Frau R. in Zeiten seelischer Krisen zu innerer Balance und Wohlbefinden verhilft, zeigt sich auf eine ganz basale Weise, dass der Leib uns das Nächste ist und uns als Subjekte das Gefühl vermittelt: „Ich bin.“ Außerdem ist bei allen Tätigkeiten mit den Händen und beim Trommelspiel die Kategorie des Getragen-Seins wirksam: Der Leib trägt uns als Subjekte. In dieser Hinsicht ist bei Frau R. eine Entwicklung in Richtung Gesundheit zu verzeichnen: Die von ihr beschriebenen Gefühle der Leere und Langeweile, unter denen sie früher litt, lassen vermuten, dass der Leib damals in seiner lastenden Polarität erfahren wurde.<sup>266</sup>

Überdies lassen Wahl und Gestaltung der Wohn-Atmosphären erkennen, wie der Leib in einem positiven Sinn als Organ des Beeindruckt-Werdens dient. In polarer Weise wird er zugleich als Ausdrucksorgan genutzt, wenn Frau R. sich im freien Tanz ihren ureigenen, spontanen Impulsen hingibt. Im gemeinsamen Trommelspiel verweist Frau R.s Selbstsorge außerdem darauf, dass der Leib Intersubjektivität konstituiert.

Kann bezüglich Frau R.s Selbstsorge deshalb von einer harmonischen Selbst-Leib-Beziehung ausgegangen werden (vgl. ebd.)? Diese Frage kann größtenteils bejaht werden. Denn in einem ausgeglichenen Selbst-Leib-Verhältnis muss das Selbst durch den Leib ermöglicht werden und zugleich die Akzeptanz des Leibes durch das Selbst gegeben sein. Frau R. „ermöglicht“ ihr wahres Selbst bspw., wenn sie tanzt oder trommelt. Als Beispiel für ihre Akzeptanz der eigenen Leiblichkeit stehen die vielfältigen leibbezogenen

---

<sup>266</sup> Es sei hier daran erinnert, dass in Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig Empfindungen der Leere, Entfremdung oder des Abgespaltenseins vom eigenen Körper beschrieben werden (vgl. Hammer/Plöbl 2013, 168).

Gewohnheiten, mit denen sie ihren Alltag gestaltet. Einschränkend kann eine Tendenz zur Einseitigkeit dahingehend vermerkt werden, dass die leiblichen Gewohnheiten im Rahmen der Selbstsorge sehr stark betont sind, wohingegen das spontane oder flexible Element der Leiblichkeit tendenziell in den Hintergrund tritt.

#### *V 3.3.4.5 Momente der Selbstsorge*

Frau R.s Selbstsorge umfasst verschiedene Momente. Welche dies im Einzelnen sind, soll anhand der bereits mehrfach dargestellten Systematik der Selbstsorge aufgezeigt werden (vgl. im Folgenden: Hügli 1999, 278 f.; mit Bezugnahme auf Schmid 1995).

Indem Frau R. eine Haltung der Achtsamkeit pflegt und sich intensiv mit dem Spüren befasst, wird die Selbstwahrnehmung als zentrales Moment ihrer Selbstsorge deutlich.

Des Weiteren spielen die Aspekte der Selbstveränderung und der Selbsterzeugung bei der Selbstsorge eine Rolle. „Selbsterzeugung“ bezieht sich auf Frau R.s Suche nach dem wahren Selbst. Das Moment der Selbstveränderung zeigt sich in allen übenden Elementen, die mit der Selbstsorge verbunden sind. Dies ist der Fall, wenn Frau R. bestimmte Rhythmen übt, um sich Qualitäten anzueignen, die ihr bisher fehlen (man denke z.B. an den Rhythmus der Aggression, den sie mit Abgrenzungs- oder Durchsetzungsfähigkeit verbindet). Ein therapeutisches Moment der Selbstsorge wird deutlich, wenn Frau R. sich dem Handarbeiten widmet: So wird im Umwickeln der Trommelfäden eine spürende Hinwendung zur Außenwelt re-etabliert.

Die von Frau R. gepflegten Gewohnheiten lassen außerdem auf einen präventiven Aspekt der Selbstsorge schließen. Als Beispiel wären etwa ihre gesunden Ernährungsgewohnheiten nennen.

#### *V 3.3.4.6 Pädagogische Implikationen*

Verschiedene pädagogische Ansatzpunkte wären in Bezug auf Frau R.s Selbstsorge vorstellbar. Wie aufgezeigt wurde, beruht die Selbstsorge größtenteils darauf, die mit der Leiblichkeit verbundenen Potenziale und Ressourcen zu nutzen. Somit wäre es naheliegend, in der Pädagogik ebenfalls leiborientierte Vorgehensweisen zu wählen.

Ein allgemeines Ziel könnte demzufolge darin bestehen, Frau R. noch weiter dazu zu befähigen, den Leib als Partner zu gewinnen. Durch Anregungen zur intentionalen Nutzung der eigenen Leiblichkeit stünde Frau R. mit der Zeit immer mehr „eingeleibtes“ Wissen als Orientierungs- und Entscheidungshilfe im Leben zur Verfügung.

Am Beispiel der Tanzimprovisationen möchte ich im Folgenden einige Ideen skizzieren, wie Frau R.s diesbezügliche Selbstsorge im Rahmen eines pädagogischen Settings in eine



„salutogene“ Richtung weiter gefördert werden könnte. Hierbei beziehe ich mich auf vier Merkmale, die Quinten in Zusammenhang mit der salutogenetischen Ausrichtung der Tanztherapie herausstellt (vgl. im Folgenden: Quinten 2009, 32 ff.).

Die „Orientierung an der Gesundheitsentwicklung“ (ebd., 32) könnte im Fall von Frau R. dadurch unterstützt werden, dass Frau R. ihre tänzerischen Ausdrucks- und Gestaltungsfähigkeiten mit pädagogischer Bestätigung zeigen und entfalten kann. Dabei könnte sie einerseits die mit dem Tanzen verbundene Freude und Vitalität, also ihr wahres Selbst, erleben. Andererseits könnte sie durch die Bekräftigung durch eine andere Person Wertschätzung erfahren, die zu ihrem Wohlbefinden beiträgt. Die von mir hiermit gemeinte pädagogische Haltung weist eine Parallele zur Haltung der „Akzeptanz und Annahme“ auf, die als ein Element der achtsamkeitsbasierten Haltung gilt (vgl. Knuf 2013, 50). Eine solche Haltung ist gerade für die Arbeit im psychiatrischen Bereich wichtig, die viel zu häufig von Bewertungen und stigmatisierenden Beurteilungen der Klienten geprägt ist (ebd., 51).

„Ressourcen und Schutzfaktoren“ werden von Quinten als ein weiteres salutogenes Merkmal genannt (Quinten 2009, 32 f.). Im Prozess der bestätigenden Begleitung von Frau R.s Tanzimprovisationen ginge es darum, ihr die eigenen tänzerischen, rhythmischen und kreativen Fähigkeiten als Potenziale bewusst zu machen. Durch tänzerische Explorationen könnte sie, mit Bezugnahme auf die Reflexivität der Leiblichkeit, dazu angeregt werden, weitere Ressourcen zu entdecken. Zugleich könnte sie anhand von Differenzenerfahrungen auch erspüren, was für sie situativ und im Allgemeinen stimmig ist.

Das gesundheitsbezogene Kriterium der „Zugehörigkeit und Teilhabe“ (ebd., 34) könnte im Hinblick auf das pädagogische Setting bedeuten, dass Frau R. dieses Setting aktiv gestaltet, z.B. was die Mitbestimmung der Inhalte, der Vorgehensweisen, der Musikwahl etc. angeht. Zum anderen könnte die „Teilhabe“ auf die von Frau R. in Verbindung mit der Selbstsorge erwähnten „behutsamen Kontakte“ (vgl. Erzählung 1) bezogen werden; diese könnten im tänzerischen Dialog erprobt werden. Außerdem könnten im Zusammenhang mit dem Tanzen weitere Teilhabemöglichkeiten erschlossen werden, die sich nicht auf das pädagogische Setting beziehen.

Die Mitverantwortung für die eigene Gesundheit und die aktive Mitgestaltung daran (vgl. ebd.) würde im Fall von Frau R. bedeuten, sie dabei zu unterstützen und sie dazu zu motivieren, ihre individuellen Selbstsorge-Fähigkeiten auch außerhalb des pädagogischen Settings zu pflegen und weiterzuentwickeln.

## V 4 Abschließende Reflexionen: Analogien der drei Fälle

In einer abschließenden Reflexion zu den untersuchten Fällen soll herausgearbeitet werden, welche Ähnlichkeiten sich in Bezug auf das Phänomen der Selbstsorge zeigen. Es geht darum, analoge Verhältnisse aufzuzeigen, was verschiedene Aspekte und Fragestellungen im Zusammenhang mit der Selbstsorge betrifft. Diese Reflexionen werden, wo sinnvoll, anhand von Beispielen zu den drei Fällen veranschaulicht.

Zuerst kläre ich, welche Charakteristika und Momente die Selbstsorge aufweist und in welchem Verhältnis sie zur Krankheitssymptomatik steht (vgl. V 4.1). Danach werden die möglichen Beiträge der Selbstsorge zur persönlichen Gesundheit (vgl. V 4.2) und die Bedeutung der Leiblichkeit im Rahmen der Selbstsorge (vgl. V 4.3) untersucht. Als Nächstes lege ich dar, welcher Art die durch die Selbstsorge ermöglichten Bezüge zum Selbst sind (vgl. V 4.4). Das Aufeinander-bezogen-Sein von selbstsorgenden Handlungen und Selbsterkenntnis (vgl. V 4.5) wird daraufhin erörtert. Was das Finden des „Mir-Gemäßen“ im Rahmen der Selbstsorge bedeutet, greife ich danach auf (vgl. V 4.6). Schließlich gehe ich auf die Bedeutung der Anderen im Zusammenhang mit der Selbstsorge ein (vgl. V 4.7).

### V 4.1 Charakteristika und Momente der Selbstsorge

Als Erstes ist festzustellen, dass die Selbstsorge der drei Personen durch Handlungen und Haltungen geprägt ist, die der Bewältigung der psychischen Krankheit dienen. In diesem Kontext kann sinnvollerweise Frankls Begriff der „Pathoplastik“ (Frankl 1987) herangezogen werden, denn in allen Fällen zeichnet sich ein individueller gestaltender Umgang mit der seelischen Erkrankung und mit der Krankheitssymptomatik ab. Hier zeigen die Fallanalysen des Weiteren, dass die persönlichen Vulnerabilitäten und das mit der seelischen Erkrankung verbundene Leid eine Art der Selbstsorge bedingen, die Elemente des Selbstschutzes notwendig mit einschließt.

Im Fall von Herrn F. zeichnet sich im Gegensatz zu den beiden anderen Fällen eine Tendenz zu symptombedingten Handlungen ab. Das bedeutet auch, dass Herrn F.s Versuche zur Krankheitsbewältigung nicht immer eindeutig von der Krankheitssymptomatik zu unterscheiden sind. Für diese Weise der Selbstbekümmern habe ich an früherer Stelle Heideggers (1977) Begriff der Sorge gewählt.

In unterschiedlichem Maß können in allen Fällen Selbstsorge-Handlungen bzw. Selbstsorge-Fähigkeiten erkannt werden, die der persönlichen Gesundheit und dem Gelingen der Lebensführung zuträglich sind. Diesen Punkt führe ich in Kapitel V 4.2 näher aus.

Am Beispiel von Frau B. lassen sich diese unterschiedlichen Merkmale der Selbstsorge nochmals wie folgt veranschaulichen: Die ausgeprägte pathoplastische Orientierung ihrer Selbstsorge zeigt sich u.a. im Bemühen um eine stimmige Nähe-Distanz-Regulation und in ihren Versuchen, sich zu spüren. Die Gesundheitsorientierung der Selbstsorge bezieht sich darauf, einen gestaltenden, produktiven Umgang mit der Fremd- und der Selbststigmatisierung zu finden und ein Leben zu führen, in das die seelische Erkrankung gänzlich integriert ist. Ein rein symptombedingtes Handeln ist bei Frau B. nicht zu verzeichnen.

Die bereits mehrfach erwähnten Momente der Selbstsorge – Selbstwahrnehmung bzw. Selbsterzeugung, Selbstveränderung, therapeutischer und prospektiver Aspekt – (vgl. Hügli 1999, 278 f.; mit Bezugnahme auf Schmid 1995) bilden sich ebenfalls in allen Fällen ab. Die selbstsorgenden Handlungen verfolgen also unterschiedliche Zwecke in Bezug auf das eigene Selbst.

Das Moment der „Selbstwahrnehmung“ spielt in der Selbstsorge von Frau B. wie auch von Frau R. eine wichtige Rolle, während es bei Herrn F. fehlt.

Die „Selbsterzeugung“ bezieht sich in den Fällen von Frau B. und Frau R. meiner Ansicht nach darauf, Entfaltungsmöglichkeiten für das „wahre Selbst“ zu schaffen. Bei Herrn F. ist die Selbsterzeugung mit der Handlung des Schreibens und seiner Aussage „Wer schreibt, das bleibt“ verbunden.

Der Aspekt der „Selbstveränderung“ kennzeichnet die Selbstsorge aller Fälle. Allerdings wird am Beispiel Herrn F.s deutlich, dass zwischen seinen Absichtserklärungen bzw. Veränderungswünschen und den Chancen, diese Veränderungen tatsächlich zu gestalten, eine Diskrepanz besteht.

Therapeutische Momente der Selbstsorge bilden sich ebenfalls in allen Fällen ab. Als Beispiele können bei Frau B. das Ringen um eine haltgebende Selbstverankerung durch die Atmung und bei Frau R. die regelmäßigen Grounding-Übungen, um Sicherheitsgefühle zu erlangen, genannt werden. Herrn F.s Selbstsorge kommt zum Teil eine therapeutische Funktion zu, wenn er durch das Zettel-Schreiben seine impulsiven Affekte in den Griff zu bekommen sucht.

Prospektive Momente der Selbstsorge sind schließlich in unterschiedlichem Ausmaß zu erkennen: Im Zusammenhang mit Frau B.s Selbstsorge wäre ihre Haltung gegenüber der Stigmatisierungsproblematik zu nennen, bei Frau R. das ausgeprägte „Netz“ an positiven Alltagsgewohnheiten und bei Herrn F. ggf. die von ihm gepflegte religiöse Lebenspraxis, die als beständiger, tragfähiger Halt gedeutet werden kann.

## V 4.2 Beiträge der Selbstsorge zur individuellen Gesundheit

Im Folgenden erörtere ich, welche Fall-Analogien hinsichtlich der Gesundheitsorientierung der Selbstsorge bestehen.

Ein erster allgemeiner Gesundheitsbezug lässt sich zum Konzept der Diätetik herstellen: Sowohl Frau B. als auch Frau R. versuchen im Rahmen der Selbstsorge, in vielfältiger Hinsicht auf die sechs Regelkreise der gesunden Lebensführung Einfluss zu nehmen und sie aktiv zu gestalten. Herrn F.s Selbstsorge kann im diätetischen Kontext damit in Verbindung gebracht werden, dass er seine Gemütsbewegungen bzw. Gemütsregungen zu steuern sucht.

Bezüge zum Konzept der Salutogenese habe ich im Rahmen der einzelnen Fallreflexionen bereits ausführlich nachgewiesen. Dabei hat sich herauskristallisiert, dass alle von Antonovsky (vgl. 1997) benannten Dimensionen des Kohärenzsinns – die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit – durch die Selbstsorge gefördert werden. Dies geschieht jedoch auf eine sehr unterschiedliche Weise und in Abhängigkeit von den jeweiligen persönlichen Ressourcen.

Den Fällen ist zudem gemeinsam, dass die Selbstsorge auf die Führung eines gelingenden Lebens und auf das Erlangen von Lebenssouveränität ausgerichtet ist. Lebenssouveränität meint hier einerseits, sich grundsätzlich als ein das eigene Leben gestaltendes Subjekt zu erfahren (vgl. Keupp 2008, 14). Andererseits bezeichnet sie die Möglichkeit, ein souveränes Leben zu führen, und ist dann u.a. auf soziale Anerkennung und Teilhabe, auf die Regulierung von Kontaktweisen oder die Fähigkeit zur progressiven Selbstnarration bezogen (vgl. Jehle 2007, 258).

Sich als gestaltendes, souveränes Subjekt zu erfahren, zeigt sich in Frau B.s Selbstsorge z.B. durch die konsequenten Antistigma-Bemühungen und bei Frau R. durch das Bestreben, eigene Entscheidungen und Handlungen im Leben vornehmen zu können. Weniger erfolgreich sind Herrn F.s Versuche, sein Leben souverän zu gestalten. Nichtsdestotrotz sollte das Zettel-System als ein Beitrag zum Erlangen von mehr Souveränität in der Lebensführung verstanden werden. Kontexte der Anerkennung und Teilhabe zu schaffen, charakterisiert die Selbstsorge aller drei Fälle. So findet Frau B. durch das von ihr geschaffene Freundesnetzwerk stimmige Kontakte, Anerkennung und Unterstützung, auch im Hinblick auf eine selbstbestimmte (und selbstorganisierte) Bewältigung akuter Psychosen. Als gläubiger Mensch erfährt Herr F. Teilhabe in der christlichen Gemeinschaft. Die Kompetenz zu einer progressiven Selbstnarration spiegelt sich vorwiegend in den Fällen von Frau B. und Frau R. wider. Frau B.s kreative „Begriffsschöpfungen“ können hier

beispielhaft genannt werden. Denn sie verweisen darauf, dass Frau B. nicht nur die „Deutungshoheit“ über die eigene Erkrankung wiedererlangt, sondern auch ein Leben anstrebt, in das die Krankheit, als dem Selbst vollständig zugehörig, integriert ist. Diese Form der Lebenssouveränität korrespondiert mit der von Nietzsche (vgl. 1999a) beschriebenen Großen Gesundheit. Ein Beispiel für die in Frau R.s Selbstsorge deutlich werdende Fähigkeit zur progressiven Selbstnarration ist die symbolisch-kreative Darstellung der eigenen Biografie im gestickten Mandala, die explizit auf positive Lebenserfahrungen fokussiert ist.

Schließlich ergeben sich Analogien bezüglich der Selbstsorge, was die Bildung sog. autonomer Gewohnheiten (Schmid 2005) betrifft. Solche Gewohnheiten unterliegen der Selbsterzeugung des Subjekts und sind gesundheitszuträglich, da sie seiner Kohärenz dienen (vgl. ebd., 35 f.). Zu erwähnen wären hier z.B. Frau B.s „essayistisch“ geprägte Gewohnheit des leiblichen Spürens, Frau R.s durch vielfältige persönliche Gewohnheiten geprägte Alltagsgestaltung sowie Herrn F.s Zettel-System, wenn man es als Ganzes betrachtet.

#### V 4.3 Die Rolle der Leiblichkeit bei der Selbstsorge

Zunächst lassen sich für die vorgestellten Fälle krankheitsbedingte Veränderungen bzw. Beeinträchtigungen der Leiblichkeit belegen: Frau B. stellt durch ein zufälliges und sie überraschendes Frieren fest, dass sie sich üblicherweise nicht spürt. Frau R. war über lange Zeit in einer lähmenden Leere gefangen. Bei Herrn F. zeigt sich eine als krankheitsbedingt zu deutende mangelnde Passung in der leiblichen Kommunikation, die die Kontakte mit anderen erschwert. Pathologiebedingte Beeinträchtigungen der Leiblichkeit, wie sie in der einschlägigen Literatur beschrieben werden, können also festgestellt werden, jedoch dominieren sie die Erzählungen nicht. Dies ist sicherlich auch aufgrund der „Gesundheitsfokussierung“ des Fallmaterials erklärbar. Außerdem kann gesagt werden, dass die leiblichen Beeinträchtigungen die Entwicklung und die Ausübung der Selbstsorge zwar mit beeinflussen, sie aber nicht entscheidend behindern oder gar verhindern.

Die Rolle der Leiblichkeit im Rahmen der Selbstsorge resümiere ich mit Bezugnahme auf die weiter oben beschriebenen kategorialen leiblichen Zugangsweisen (vgl. hier und in den folgenden Abschnitten: Blankenburg/Haltenhof 1995, o.S.). Der Fall-Vergleich zeigt, dass in der Selbstsorge jeweils verschiedene Zugangsweisen oder Bezüge zur eigenen Leiblichkeit thematisch werden. D.h. auch, dass die Leiblichkeit in der Selbstsorge auf unterschiedliche Weise genutzt wird, wie die folgenden Beispiele illustrieren:

Der Gesichtspunkt, dass der Leib einem das Nächste ist, lässt sich in den Fällen am Spüren des Atems (Frau B.) oder der tätigen Hände (Frau R.) aufzeigen, verstanden als eine durch die Leiblichkeit gegebene Selbst- und Weltverankerung.

Zu dem Aspekt, dass der Leib uns als Subjekte trägt, können die als positiv erlebten leiblichen Gewohnheiten genannt werden. Sie sind in der Selbstsorge aller Fälle wesentlich. In ihnen zeigt sich das in der Selbstsorge angestrebte Vermögen, den Leib und durch ihn die Welt zu bewohnen (vgl. auch Fuchs 2000a, 326).

Der Leib ist auch die Artikulationsstelle zur (Mit-)Welt. In dieser Hinsicht weisen die drei Fälle ebenfalls eine Analogie auf. Als Beispiel hierfür kann die im Rahmen der Selbstsorge erfolgende Nähe-Distanz-Regulierung angeführt werden.

Die Selbstsorge bezieht sich des Weiteren auf die Kategorie „Leib als Ausdrucksorgan“ bzw. „Leib als Resonanzkörper“. In Bezug auf das Erste sind Frau R.s freie Tanzimprovisationen zu nennen, bezüglich des „Leibs als Resonanzkörper“ ihre Gestaltung wohltuender Wohnatmosphären, die auf sie zurückwirken.

Sowohl Frau B.s als auch Frau R.s Selbstsorge ist schließlich auf eine dialogische Beziehung zum Leib fokussiert, die den Leib als Partner begreift und anerkennt. Dagegen verweist der Fall von Herrn F. in gewisser Hinsicht auf eine Überthematisierung des Körpers. Bspw. tendiert die von ihm ausgeübte Pflege seines Äußeren („ein gepflegter Mann“ sein wollen; vgl. Erzählung 2), zu einer kontrollierenden Einflussnahme auf die Körperlichkeit. Blankenburg/Haltenhof (ebd.) verwenden hierfür die Bezeichnung „Der Leib als Partnerersatz“.

#### V 4.4 Durch die Selbstsorge ermöglichte oder aktuell werdende Bezüge zum Selbst

Eine weitere Analogie der Fälle besteht darin, dass durch die Selbstsorge eine Zuwendung zum Selbst oder eine Einflussnahme auf das Selbst erfolgt. Diese bezieht sich sowohl auf das basale präreflexive als auch auf das reflexive oder personale Selbst (vgl. auch Fuchs 2012, 888 ff.). Die unterschiedlichen Bezugnahmen auf das Selbst sollen anhand der drei Fälle kurz illustriert werden:

Frau B.s basale Selbst-Verankerung durch die Atmung kann u.a. mit dem „Kern-Selbst“ in Verbindung gebracht werden; Letzteres bezeichnet laut Damasio jenen Selbstsinn, durch den man sich selbst als Protagonisten der eigenen Empfindungen erfährt (vgl. Damasio 2009, 211). Der narrative Aspekt des personalen Selbst ist dagegen durch die von Frau B. vorgenommenen Begriffsumdeutungen angesprochen. Indem Frau R. im Tanz Spontaneität

und Vitalität erlebt, trägt ihre Selbstsorge dazu bei, das wahre Selbst (vgl. Winnicott 2001) zu ermöglichen. Die Tätigkeit des Umwickelns hängt mit der Ebene des präreflexiven leiblichen Selbst zusammen, das Sticken der positiven Lebenserinnerungen mit der Ebene des personalen Selbst. Versteht man Herrn F.s Schreiben der Zettel „als Spur“, dann ist sie auf das leibliche Selbst bezogen und dient der Selbsterzeugung und der Selbststabilisierung. Das Notieren von Selbstformungs-Absichten zielt auf eine Veränderung des personalen Selbst, deren Realisierung aber fraglich bleibt.

Die Fälle von Frau B. und Frau R. zeigen außerdem, dass die Selbstsorge bei seelischer Instabilität oder während akuter Krankheitsphasen tendenziell auf das basale Selbsterleben ausgerichtet ist. Wie dazu am Fall von Herrn F. erkennbar wird, gelingt die Selbstsorge bei seelischer Instabilität weniger gut, wenn sie sich zu sehr auf das reflexive Selbst bezieht (vgl. hierzu die auf den Zetteln formulierten Absichtserklärungen).

#### V 4.5 Verhältnis von selbstsorgendem Handeln und Selbsterkenntnis

In der von Foucault beschriebenen antiken Selbstsorge gilt die Selbsterkenntnis als eine Folge bzw. als ein besonderer Fall der Selbstsorge (vgl. Gröning 2006, 31; mit Bezugnahme auf Foucault 1984). Aus diesem Grund ist es von Interesse, wie sich selbstsorgendes Handeln und Selbsterkenntnis<sup>267</sup> in den Fällen abbilden und in welchem Verhältnis zueinander sie stehen.

Die Fälle zeigen einerseits, dass die Selbstsorge desto hilfreicher und förderlicher für die betreffende Person ist, je mehr diese sowohl über Fähigkeiten zur (leiblichen) Selbstwahrnehmung als auch zur Selbstreflexion – und somit zur Selbsterkenntnis – verfügt. Umgekehrt können Selbstsorge-Handlungen zu einer Erweiterung der Selbsterkenntnis beitragen. Überdies ist im Rahmen der Selbstsorge eine leibbezogene Selbsterkenntnis zentral.

Dies soll nun beispielhaft auseinandergesetzt werden:

Aufgrund ihrer Fähigkeit zur Selbsterkenntnis gelingt es Frau B., vielfältige und für sie stimmige selbstsorgende Handlungen zu entwickeln. Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass ein leibliches Aha-Erlebnis, also eine intuitive Selbsterkenntnis<sup>268</sup> (das unerwartete Frieren), sie zu einer leibbezogenen Form des Sich-um-sich-Kümmerns („Spür-

---

<sup>267</sup> Unter „Selbsterkenntnis“ verstehe ich hier in Anlehnung an Henke (vgl. 2003a, o.S.) ganz grundsätzlich die „philosophische“ Aufgabe des Menschen, die Strukturen, Grundfähigkeiten, Grenzen usw. seines Selbst einzusehen.

<sup>268</sup> Mit Blume (vgl. 2003, o.S.) kann Frau B.s Aha-Erlebnis als „intuitive Erkenntnis“ gedeutet werden, d.h. als unmittelbares Erfassen eines Gegenstandes, wodurch „[...] ein einzelner Sachverhalt als Ganzer und auf einmal eingesehen werden kann [...]“.

Übungen“) führt. Dass Frau B. die Leiblichkeit in Situationen reflexiv nutzt, trägt umgekehrt zu einer Erweiterung ihrer Selbsterkenntnis bei. Es ist davon auszugehen, dass sich, durch die Regelmäßigkeit einer solchen Selbstsorge, die situative Selbsterkenntnis mit der Zeit zu einer umfassenderen Selbsterkenntnis entwickelt.

Bei Frau R. führt das Erkennen des eigenen vulnerablen Selbst einerseits zu beschützenden Formen der Selbstsorge (z.B. in der vorsichtig-achtsamen Alltagsgestaltung). Andererseits trägt die von Frau R. praktizierte Selbstsorge auf verschiedenen Ebenen dazu bei, dass sie sich selbst neu und anders kennenlernt. Ein Beispiel hierfür sind die schon häufiger erwähnten Tanzimprovisationen.

Herrn F. stehen generell weniger innere und äußere Ressourcen zur Verfügung als Frau B. und Frau R. Somit fällt es ihm wesentlich schwerer, Selbsterkenntnis zu erlangen oder gelingende Selbstsorge-Praktiken zu entwickeln.

#### V 4.6 Selbstsorge als Finden des „Mir-Gemäßen“

In der Selbstsorge aller Fälle geht es darum, ein persönlich stimmiges Maß in Bezug auf die wechselnden Situationen des Lebens und auf die Lebensführung insgesamt zu finden. Hierfür verwende ich synonym den Begriff des „Mir-Gemäßen“.

Herr F. scheint sein persönliches Maß tendenziell in allgemeinen äußeren Regeln zu suchen, ohne dabei immer einen Bezug zu sich selbst herstellen zu können. Hingegen streben Frau B. und Frau R. in der Selbstsorge ein „individuelles“ Maß oder ganz eigene Formen des Ihnen-Gemäßen an. Die Suche nach dem, was ihnen gemäß ist, orientiert sich dabei teilweise an der Abgrenzung oder Selbstbehauptung gegenüber anderen. Dies kann an Frau R.s Vermutung, dass andere den von ihr als stimmig empfundenen Lebensrhythmus langweilig finden könnten, oder an Frau B.s Äußerung, es sei ihr egal, was andere über ihre Interessen oder Beschäftigungen dächten, verdeutlicht werden. Frau B. stellt das Ihr-Gemäße darüber hinaus möglichen gesellschaftlichen Anpassungsforderungen oder Normalitätserwartungen gegenüber.

Eine solche Gegenüberstellung von Eigenem und Fremdem kann mit Baer/Frick-Baer (2014, 313 f.) als eine vorübergehende Betonung des Andersseins gedeutet werden, die Menschen während des Entwicklungswegs vom Sich-fremd-Sein zum „In-sich-Wohnen“ u.U. durchlaufen.<sup>269</sup> Dies sei besonders dann der Fall, wenn im bisherigen Leben die Anpassung dominiert habe (vgl. ebd., 314 f.).

---

<sup>269</sup> Die m.E. allzu polarisierende Sicht der Autoren (vgl. Baer/Frick-Baer 2014, 313 f.) in Bezug auf das Verhältnis von Eigenem und Fremdem lasse ich an dieser Stelle außer Acht.



#### V 4.7 Die Bedeutung der Anderen im Zusammenhang mit der Selbstsorge

Zuerst kann festgestellt werden, dass in allen Fällen Hinweise auf negativ getönte frühere Erfahrungen mit den Anderen zu finden sind. Bei Herrn F. zeigt sich das mutmaßliche Manko an früherer Unterstützung in dem Umstand, dass er jetzt, als Erwachsener, noch sein „eigener Lehrer“ sein muss. Frau B. beschreibt frühere Kontakterfahrungen als äußerst bedrohlich und Frau R. spricht darüber, dass ihr früher alles verboten gewesen sei, was ihr Freude gemacht habe. Diese Andeutungen zeugen davon, dass die frühere sorgende Zuwendung durch die Anderen vermutlich nicht optimal oder evtl. sogar inadäquat war. Geht man mit Küchenhoff davon aus, dass die Entwicklung der individuellen Selbstsorgefähigkeiten zumindest zu einem Teil auf dem Verinnerlichen der sorgenden Zuwendung durch Andere fußt (vgl. Küchenhoff 1999b, 153 ff.), so ist zu erahnen, dass die Basis für die Entwicklung einer Selbstsorgehaltung ursprünglich wahrscheinlich keine sehr günstige war.<sup>270</sup>

In die aktuelle Selbstsorge, so eine weitere Analogie, werden die Anderen auf eine vielfältige Weise einbezogen. Hier sei bspw. an die „Solidargemeinschaft“ anderer Betroffener erinnert, die Frau B. beim Durchstehen akuter Psychosen begleitet, oder an die Art und Weise, wie Herr F. mittels Zetteln in einen Dialog tritt bzw. sich Gehör verschafft.

Darüber hinaus besteht eine Fall-Analogie darin, dass die Nähe-Distanz-Regulation ein wichtiges Thema der Selbstsorge darstellt.<sup>271</sup> Die Gestaltung einer stimmigen Elastizität in den Selbst-Andere-Beziehungen erweist sich in allen Fällen als mehr oder weniger schwierig und spannungsgeladen.

### V 5 Resümee der kasuistischen Untersuchung

Zum Abschluss der kasuistischen Untersuchung halte ich die wesentlichsten Ergebnisse nochmals in Form von Thesen fest.

- Hinsichtlich der Selbstsorge kann eine Ausrichtung auf die individuelle Pathoplastik sowie auf die Gesundheit festgestellt werden. Eine Bezugnahme auf allgemeine Gesundheitskonzepte (z.B. die Diätetik, die Salutogenese oder die Gesundheit als Lebenssouveränität) belegt, dass die Selbstsorge die persönliche Gesundheit und die Genesung unterstützt. Manchmal kann die Selbstsorge sowohl im Sinne der

---

<sup>270</sup> Ich betone, dass es sich hier um Vermutungen handelt, die aufgrund fehlender biografischer Angaben nur hypothetisch sein können.

<sup>271</sup> Wie schon erwähnt, bezieht sich ein entwicklungsbezogener Aspekt der Selbstsorge darauf, den jeweils richtigen Abstand zu den Anderen zu finden (vgl. Küchenhof 1999b, 156).

Pathoplastik als auch der Gesundheitsorientierung aufgefasst werden, je nach der gewählten Art der Interpretation. Wie die Untersuchung der Fälle jedoch aufzeigt, sind selbstsorgende Handlungen von jenen Handlungen unterscheidbar, die hauptsächlich durch die Psychopathologie bestimmt sind. Letztere werden von mir mit Heideggers Begriff der Sorge gefasst.

- Die Fälle zeigen zudem, dass die Sorge um sich angesichts bzw. trotz etwaiger krankheitsbedingter Veränderungen der Leiblichkeit erfolgt und insgesamt auf vielfältigen leiblichen Ressourcen basiert. Dabei werden stets mehrere Zugangsweisen zur Leiblichkeit angesprochen.
- Im Rahmen der Selbstsorge-Bemühungen erfolgen Zuwendungen zum bzw. Einflussnahmen auf das Selbst, bei denen unterschiedliche Formen des Selbsterlebens thematisch werden.
- Sich selbst zum Handlungsbereich und zum Erkenntnisgegenstand zu machen, sind Kennzeichen der Selbstsorge, die in einem Wechselverhältnis zueinander stehen.
- Die Suche nach dem eigenen Maß bzw. nach dem „Mir-Gemäßen“ zeichnet sich außerdem als ein wichtiges Thema der Selbstsorge ab.
- Die Anderen – so der letzte Punkt meines thesenartigen Resümees – sind in die Selbstsorge-Bemühungen auf unterschiedlichste Weisen mit einbezogen. Die Kontakte zu Anderen und die „Nähe-Distanz-Regulierung“ sind als Themen der Selbstsorge sowohl bedeutungsvoll als auch problembehaftet.

## VI Schlussbetrachtungen: Gesundheitsförderung als Befähigung zur Selbstsorge aus leib- und sinnorientierter Perspektive

Die Gegenüberstellung von pathologieorientierten und ressourcenorientierten Lesarten im Rahmen der kasuistischen Untersuchung hat gezeigt, dass die ressourcenorientierte Perspektive vielfach zu überzeugen vermag und bestätigt, dass Menschen mit einer seelischen Erkrankung über Selbstsorge-Fähigkeiten verfügen. Dabei ist deutlich geworden, dass die Selbstsorge-Fähigkeiten angesichts der Selbst-Beeinträchtigungen bestehen und sich im Laufe des Lebens mit der Erkrankung weiterentwickeln, das veranschaulichen die auf den Verlauf der Selbstsorge bezogenen Falldarstellungen von Frau B. und Frau R. Die geschilderten Selbstsorge-Handlungen sind durchaus von Handlungen unterscheidbar, die durch die Psychopathologie bedingt sind.

In diesem Kapitel gehe ich nun genauer darauf ein, was es in professioneller Hinsicht bedeuten könnte, die Selbstsorge von Erwachsenen mit einer psychischen Erkrankung/ Behinderung in gesundheitsfördernder Absicht zu unterstützen. Wie in Kapitel IV 2.5 dargelegt, bezeichnet mein Begriffsverständnis von Selbstsorge das persönliche Vermögen, sich in Verbindung zu und mit Hilfe von anderen gut um sich selbst zu kümmern. Gemeint ist eine Haltung, die man zu sich selbst hat und aufgrund der man ein persönlich bejahenswertes Leben führen kann.

Als Erstes werde ich im Folgenden veränderte Perspektiven aufzeigen, die m.E. notwendig sind, um die Selbstsorge im Hinblick auf den Personenkreis psychisch kranker/behinderter Menschen zu konzipieren (vgl. VI 1). Dann arbeite ich nochmals die zentralen Dimensionen meines Selbstsorge-Konzepts heraus, und zwar sowohl in allgemeingültiger Hinsicht (vgl. VI 2.1) als auch bezüglich der Frage des psychischen Krankseins (vgl. VI 2.2). In VI 3 wäge ich erneut ab, wie das Selbstsorge-Konzept paradigmatisch zugeordnet werden sollte. Anschließend folgt ein Ausblick auf eine mögliche praktische Anwendung (vgl. VI 4). In diesem Kontext diskutiere ich den allgemeinen Nutzen einer Bezugnahme auf das Selbstsorge-Konzept in sozialpsychiatrischen Settings (vgl. VI 4.1). Darauffolgend erörtere ich, wie im Rahmen leib- und bewegungsorientierter Verfahren auf das Selbstsorge-Konzept Bezug genommen werden könnte (vgl. VI 4.2). Ich beschreibe die hierfür passenden Rahmenbedingungen (vgl. VI 4.2.1), die Funktionen und Aufgaben der zuständigen Fachpersonen (vgl. VI 4.2.2) und

stelle erste praxeologische Überlegungen zu einer methodischen und inhaltlichen Umsetzung an (vgl. VI 4.2.3). In einem abschließenden Fazit (vgl. VI 5) diskutiere ich die kritischen Punkte und den Innovationsgehalt meiner Arbeit.

## VI 1 Theoretische Voraussetzungen und geforderter Perspektivenwechsel im Hinblick auf die Konzipierung der Selbstsorge

Ich fasse im Folgenden vier theoretische Perspektiven zusammen, um den Begriff der Selbstsorge so zu entwerfen, dass er sich im Hinblick auf die Gesundheitsförderung von Erwachsenen mit einer seelischen Erkrankung/Behinderung eignet. Es sind dies erstens die leibliche Verfasstheit und die Sinnorientierung als Grundvoraussetzungen, zweitens die phänomenologisch-anthropologische Sicht von psychischer Krankheit, drittens Nietzsches Verständnis von Gesundheit als Leitbegriff meines Konzepts sowie viertens geeignete Sichtweisen auf das Selbst.

Bei all meinen Überlegungen gehe ich davon aus, dass die Leiblichkeit das Prinzip ist, das die menschliche Lebensform strukturiert. Allein das Leib-Subjekt ist der ganze Mensch. Das leibliche Zur-Welt-Sein meint eine interaktive bzw. responsive Beschaffenheit des menschlichen Daseins. Gegenstände, die im Kontext der Selbstsorge relevant sind, wie bspw. die Bewusstwerdung über sich selbst oder die Selbstverantwortung, setzen ebenfalls am eigenen Leib an (vgl. Kümmel 1983, 6). Die Anerkennung der Leiblichkeit des Menschen bedeutet im Kontext meiner Untersuchung außerdem speziell, dass das Selbst, die Gesundheit und die Krankheit nur aus dieser leiblichen Perspektive heraus zu begreifen sind. In Kapitel II habe ich dies ausführlich dargelegt.

Die Sinnorientierung des Menschen stellt eine weitere theoretische Grundlegung meiner Arbeit dar. Auch der Sinn ist leibhaft konstituiert und kann nur im Medium des Leibes angeeignet bzw. vermittelt werden. Er schließt daher sowohl Rationales als auch Irrationales mit ein (vgl. ebd., 12). Im Hinblick auf die Gesundheit ist der Aspekt der Sinnorientierung bedeutungsvoll: So misst Antonovsky der Sinnhaftigkeit im Rahmen des Kohärenzsинns den größten Einfluss auf die Gesunderhaltung zu. Mit Frankl (2002a, 120) kann die Suche nach Sinn dazu als die grundlegende Sorge des Menschen bezeichnet werden.

Um mein Selbstsorge-Konzept entwerfen zu können, müssen die seelischen Erkrankungen anderes betrachtet werden. Es reicht nicht aus, seelische Krankheitsbilder nur anhand von Diagnosesystemen zu beschreiben, da sich dies als praktische, theoriefreie Konvention erweist, bei der die zugrundeliegenden Annahmen und Werte der Diskussion entzogen sind

(vgl. Huppertz 2012, 2). Außerdem genügt es nicht, wenn psychische Krankheiten lediglich naturwissenschaftlich-objektivierend (z.B. neurobiologisch) erklärt werden, wie dies aktueller Trend ist. Stattdessen ist es nötig, sie auch zu verstehen. Die phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie bietet hier geeignete Zugänge für das Verstehen. Schwere psychische Erkrankungen stellen in dieser Perspektive z.B. eine eigene, veränderte Daseinsform dar. Wie ich in Kapitel III 2.1.4 erläutert habe, ermöglicht es dieser Standpunkt auch, die ansonsten behauptete reine Gegensätzlichkeit zwischen „psychisch krank“ und „psychisch gesund“ zu relativieren.

Insgesamt gestattet die Perspektive der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie eine Annäherung zwischen den Humanwissenschaften und der medizinischen Psychiatrie (vgl. ebd., 7), was für meine Untersuchung entscheidend ist. Die erforderliche Blickwendung besteht hier, zusammengefasst, darin, die Subjektivität, den Weltbezug und die Geschichtlichkeit psychisch erkrankter Menschen zu berücksichtigen.

Soll mein Selbstsorge-Konzept für den Personenkreis psychisch kranker/behinderter Menschen im Paradigma der Gesundheitsförderung angesiedelt werden, bedarf es in erster Linie einer geeigneten theoretischen Bestimmung der Gesundheit, die als übergeordneter Leitbegriff dienen kann. Nietzsches Begriff der Großen Gesundheit bietet sich in diesem Zusammenhang an (vgl. im Folgenden: Nietzsche 1999a sowie Kapitel III 3.3.3). Nietzsche integriert in sein vielschichtiges und komplexes Verständnis von Gesundheit zum einen die Erfahrung des Krank-Seins – diese ist als Prozess der Selbsterkenntnis besonders bedeutsam – und zum anderen den Eigenwillen oder Eigensinn der Person. Nietzsche verzichtet auf einen allgemeingültigen Begriff von Gesundheit, denn die Gesundheit entfaltet sich seines Erachtens durch die Lebenserfahrungen des leiblichen Individuums. Gesundheit basiert somit stets auf der Leiblichkeit und ist ein Prozess des Erlangens und Wieder-Preisgebens, d.h. grundsätzlich „at risk“. Es zeichnet sich hier eine Parallele zum Verständnis von Gesundheit als souveräner Lebensgestaltung ab. Dies ist dann der Fall, wenn „Souveränität“ bedeutet, nicht alles beherrschen zu müssen, sondern eine eigentätige, gelassene Bestimmung der eigenen Lebenslage meint, welche auch die bewusste Anerkennung der eigenen Angewiesenheit auf unterstützende Andere und auf ermöglichende Bedingungen mit einbezieht (vgl. Jehle 2007, 236 f.; mit Bezugnahme auf Böhme 1985).

Erst eine solche Betrachtungsweise der Gesundheit erlaubt es, die Selbstsorge psychisch kranker/behinderter Menschen so zu konzipieren, dass sie eine pathoplastische und eine gesundheitsorientierte Dimension umfasst und sich gleichermaßen auf beeinträchtigte wie gesunde Selbst-Anteile bezieht.

Die adressatenbezogene Konzipierung der Selbstsorge erfordert eine entwicklungstheoretische Sicht auf das „Selbst“, die davon ausgeht, dass die erweiterten, reflexiven Formen des Selbsterlebens auf den leiblich-präreflexiven aufbauen. Außerdem ist eine Bezugnahme auf Winnicotts (vgl. 2001) Konzept des wahren und falschen Selbst grundlegend: Das wahre Selbst stellt eine Gesundheitsressource dar, denn es ist mit einem leibbezogenen Hintergrundwissen verbunden, was dem eigenen Wohlbefinden zuträglich ist. Philosophisch betrachtet, steht es auch für die Suche nach den Bedingungen, die einer Person Sinn, Leben und Realität ermöglichen. Die Frage nach dem wahren Selbst ist daher auch mit dem tiefen Wunsch verbunden, „[...] das eigene Leben zu führen, anstatt geführt zu werden“ (Flaßpöhler 2016, 45).

Das „Zusammenspiel“ von falschem und wahren Selbst impliziert hinsichtlich des Verständnisses von seelischem Kranksein, dass nicht die „Störung“ oder Schädigung des Selbst im Vordergrund steht, sondern u.a. der Schutzaspekt durch das falsche Selbst (vgl. IV 3.2.4.2). Dies ist essenziell, damit Personen mit einer seelischen Erkrankung sich nicht mehr als ein defektes und reparaturbedürftiges Selbst betrachten müssen (vgl. Amering/Schmolke 2007, 154; mit Bezugnahme auf Coleman 1999).

## VI 2 Zusammenschau: Dimensionen der Selbstsorge anhand der theoretischen und der kasuistischen Untersuchung

### VI 2.1 Generelle Dimensionen der Selbstsorge

Mit Bezugnahme auf die Entwicklung des Selbst aus leiblicher Perspektive sowie auf die Selbst-Theorien Winnicotts und Damasio lassen sich allgemeingültige Dimensionen der Selbstsorge ableiten.

In Kapitel IV habe ich ausgeführt, dass die Selbstsorge auch nicht-reflexive Formen umfasst. Ich habe in diesem Kontext von einer basalen bzw. leiblich-emotionalen Selbstzuwendung oder – auf Damasio Bezug nehmend – von Selbstregulation gesprochen. Jene Formen der Selbstsorge bilden sich ursprünglich in der Beziehung oder Interaktion heraus, d.h. in der Zwischenleiblichkeit. Generell geht es hierbei um die Fähigkeit, „gut“ oder „gut genug“ zu sich sein zu können.

Im Zusammenhang mit dem personalen oder reflexiven Selbsterleben steht eine Form der Selbstsorge, die ich, Foucault folgend, als „mündig“ bzw. „autonom“ bezeichne. Sie betrifft zum einen die Fähigkeit, das eigene Selbst zu formen: Dieses kann verändert oder auch „optimiert“ werden (z.B. durch die Anwendung von Techniken). Zum anderen spielt die

Fähigkeit zur Selbstreflexion eine wichtige Rolle. Diese setzt eine besondere Kultur des Subjektiven voraus und ist mit Formen rationaler Lebensführung verknüpft (vgl. Gröning 2006, 81).

Es sei hier angemerkt, dass für meine Zwecke nicht die Konzipierung der Selbstsorge in Stufen im Vordergrund steht. Vielmehr geht es mir darum, die mündige oder autonome Selbstsorge, die mit „[...] eigensinnigen Souveränitätsmöglichkeiten für das Subjekt [...]“ (Keupp 2000, 12) verbunden ist, um die zuerst genannte Form der Selbstsorge zu erweitern. Auf diese Weise können Einseitigkeiten vermieden werden, denn der für sich selbst sorgende Mensch handelt nicht ausschließlich vernunftorientiert.

## VI 2.2 Weitere Systematisierung der Selbstsorge in Bezug auf das psychische Kranksein

Zuerst ermöglicht es Heideggers Begriff der Sorge, im Hinblick auf mein Konzept eine Art der Selbstbekümmern zu erfassen, die allen Menschen unter allen Umständen gegeben ist, also auch unter denjenigen einer psychischen Erkrankung. Als Ausgangspunkt oder Ansatzpunkt der Selbstsorge besteht demgemäß immer schon eine „Sorge-Bewegung“. Was die Adressaten meines Konzepts angeht, können durch den Sorge-Begriff nicht-gelingende Versuche der Krankheitsbewältigung oder symptombedingtes Handeln erfasst werden und in einen sinnvollen Zusammenhang mit der Selbstsorge gebracht werden.

Im Anschluss an die Kasuistiken unterscheide ich eine pathoplastische und eine gesundheitsorientierte Form der Selbstsorge.

Die pathoplastische Ausrichtung der Selbstsorge (vgl. Frankl 1987) bezieht sich auf den bewussten, gestaltenden Umgang mit der seelischen Erkrankung, bspw. mit der Krankheitssymptomatik, aber auch mit den Krankheitsfolgen (z.B. sozialem Ausschluss) oder mit dem durch die Krankheit verursachten Leid. Entscheidend ist der Prozess des Subjektivierens, d.h., mit dem Krankheitsgeschehen bzw. dem krankheitsbedingten Leid so umgehen zu können, wie es subjektiv wahrgenommen wird und gestaltet werden will (vgl. Frankl 1987, 61). Speziell die von Frankl (vgl. 2005/2011, 376 f.) beschriebenen Einstellungswerte sind in diesem Kontext der Selbstsorge bedeutsam. Der Unterschied zu Begriffen wie „Bewältigungsstrategien“ oder „trainierten Skills“ wird hier deutlich, denn diese orientieren sich an allgemeinen Krankheitsbildern (Diagnosen) und stellen somit eine objektivierende Sichtweise dar.

Gleichsam als salutogenetisches Pendant zur Pathoplastik lässt sich die Selbstsorge auch in eine gesundheitsorientierte Richtung differenzieren. Hiermit ist mehr gemeint als eine

individuelle Vorsorge oder Rückfallprophylaxe. Vor allem zwei allgemeine Modelle der Gesundheit erweisen sich im Zusammenhang mit dem gesundheitsorientierten Aspekt der Selbstsorge als relevant: die Salutogenese und die Diätetik.

Die Salutogenese entspricht am ehesten einer klinischen Perspektive der Gesundheit (vgl. Petzold 2010, 7) und ist auf die protektiven, salutogenen Wirkfaktoren sowie auf unterstützende innere und äußere Ressourcen bezogen. Die drei Fallstudien haben gezeigt, dass die „Kohärenz-Arbeit“ ein wichtiger Aufgabenbereich der Selbstsorge ist. Da der Kohärenzsinn als Gegenpol des Zustands der Demoralisierung gilt (Keupp 2008, 17), ist es besonders relevant, wenn Menschen mit einer psychischen Krankheit ihn durch selbstsorgendes Handeln unterstützen. In Bezug auf die Adressaten meines Konzepts ist es ausschlaggebend, den Kohärenz-Begriff erstens leiblich aufzufassen und ihn überdies als eine für das Subjekt offene Struktur zu verstehen, die eine authentische Gestalt aufweist und einen Kontext der Anerkennung findet (vgl. III 3.4.2.2).

Das Gesundheitsverständnis der Diätetik ist vornehmlich dadurch bestimmt, dass die Gesundheit als Bestandteil des alltäglichen Lebens gilt und mit der Aufgabe verbunden ist, das Leben, genauer: bestimmte Lebensfelder (die „*sex res non naturales*“) zu kultivieren. Auch hier ist ein Prozess der Subjektivierung wichtig, denn die diätetischen Themenfelder sind allein nach dem persönlichen Maß zu gestalten.

Als Resümee halte ich an dieser Stelle fest, dass sowohl der pathoplastische als auch der gesundheitsorientierte Aspekt der Selbstsorge zu einem persönlich bejahenswerten Leben beitragen.

### VI 3 Paradigmatische Zuordnung meines Selbstsorge-Konzepts

An anderer Stelle (vgl. III 4.4) habe ich bereits vorgeschlagen, mein Selbstsorge-Konzept im Gesundheitsförderparadigma zu verorten und das Befähigen zur Selbstsorge dabei als eine Form der Gesundheitsförderung aufzufassen. Nach den theoretischen und den kasuistischen Explorationen wäge ich im Folgenden nochmals ab, wie die Verortung des Konzepts genau aussieht.

Hierbei zeigt sich, dass auf jeden Fall ein Bezug zum therapeutischen Paradigma besteht: Einerseits ist der Personenkreis, an den sich mein Konzept richtet, als „Gruppe“ bereits durch das therapeutische Paradigma definiert. Andererseits, so habe ich im Zusammenhang mit ressourcenorientierten Therapieansätzen beispielhaft aufgezeigt (vgl. III 2.2), sind die Paradigmen der Gesundheitsförderung und der Therapie nicht „säuberlich“ getrennt,



sondern sie weisen Überschneidungszonen auf. Von einer solchen Überkreuzung der Paradigmen zeugt bekanntlich auch der Ansatz der Prävention.

Stellt man sich das therapeutische und das gesundheitsfördernde Paradigma, bildlich ausgedrückt, als zwei sich überschneidende Kreisflächen vor, würde ich das Selbstsorge-Konzept als dritte Fläche zwar in der Fläche des Gesundheitsförderparadigmas platzieren. Zugleich müsste es aber in die Schnittfläche der beiden Paradigmen hineinragen. Indem ich mein Selbstsorge-Konzept paradigmatisch in der Gesundheitsförderung und außerdem in der Überschneidungszone zwischen Therapie und Gesundheitsförderung verorte, umfasst es neben den gesundheitsorientierten, wie oben ausgeführt, zugleich therapeutische Elemente, die bspw. mit pathoplastischen Thematiken verbunden sind.

Im Kontext der Gesundheitsförderung betont der Selbstsorge-Standpunkt insbesondere die Selbstverantwortung. Außerdem ist er stärker auf das tägliche Leben bezogen, als dies bei einer Zuordnung zum therapeutischen Paradigma der Fall wäre. Schließlich lässt sich die professionelle Unterstützung bei der Selbstsorge als Empowerment-Prozess definieren. Allerdings ist der Letztere im Sinne eines Spannungsverhältnisses zu begreifen, bei dem das Bedürfnis nach Hilfe keinesfalls vernachlässigt wird, wenn man für mehr Selbstbestimmung votiert (vgl. Keupp 2009, 16; mit Bezugnahme auf Rappaport 1985, 269).

## VI 4 Ausblick auf eine praktische Anwendung

Im Folgenden widme ich mich der Frage, inwiefern meine Konzipierung der Selbstsorge für die Gesundheitsförderung von Erwachsenen mit einer psychischen Erkrankung/Behinderung gewinnbringend angewendet werden kann.

In Kapitel III 5.3 habe ich herausgearbeitet, weshalb eine praktische Anwendung meines Konzepts im Rahmen der Sozialpsychiatrie erfolgen sollte: Die entsprechenden Settings bieten i.d.R. – trotz einer teilweise unzureichenden Umsetzung sozialpsychiatrischer Reformgedanken – die besseren Voraussetzungen, um Prinzipien der Gesundheitsförderung zu realisieren, als dies in der medizinisch-therapeutisch orientierten klinischen Psychiatrie der Fall wäre.

Ich stelle deshalb zwei Nutzungsmöglichkeiten meines Selbstsorge-Konzepts vor, die im Rahmen sozialpsychiatrischer Settings denkbar sind. Erstens könnte das Konzept den sozialpsychiatrisch Tätigen (und ihren Klienten) als allgemeines Orientierungswissen dienen. Zweitens erscheint es lohnenswert, im Rahmen leib- und bewegungsorientierter Verfahren konkret auf das Konzept Bezug zu nehmen. Auf beide Aspekte werde ich nun genauer eingehen.

#### VI 4.1 Allgemeiner Nutzen einer Bezugnahme auf das Selbstsorge-Konzept in sozialpsychiatrischen Settings

Im Rahmen einer subjektorientierten Ausrichtung der sozialpsychiatrischen Arbeit kann es also nutzbringend sein, sich auf mein Selbstsorge-Konzept im Sinne eines richtungsweisenden Hintergrundwissens zu beziehen. Die hierdurch gewonnenen Kenntnisse könnten dann auf die eigenen Arbeitszusammenhänge übertragen werden, bspw. auf Beratungssituationen, die sich mit Themen wie Alltagsbewältigung oder Lebensführung befassen. Dies berührt die Ebene einer „[...] reflexiven Grundhaltung sozialpsychiatrischen Handelns [...]“ (Keupp 2007, 10) und meint keine bestimmte Programmatik oder therapeutisch- bzw. pädagogisch-technische Ebene.

Die professionellen Hilfen in der Sozialpsychiatrie können ganz generell als unterstützende Beiträge zur Lebensgestaltung von psychisch kranken/behinderten Menschen aufgefasst werden. Dabei ist es zentral, ihre persönlichen Lebenslandschaften überhaupt wahrzunehmen (vgl. Jehle 2007, 177). Indem die sozialpsychiatrisch Tätigen auf die individuelle Selbstsorge ihrer Klienten achten und Bezug nehmen, wird ein Beitrag hierzu geleistet. Überdies wird dadurch ein Ausgleich zum häufig dominierenden „[...] interpretatorischen Zugriff des professionellen Außen [...]“ (Keupp 2007, 9) geschaffen.

An das Selbstsorge-Konzept anzuknüpfen, kann auch im Rahmen von Gesundheitsberatungen von konkretem Nutzen sein. Sich an der Selbstsorge der Klienten zu orientieren, ermöglicht es den Fachpersonen, einen anderen Zugang zur Gesundheit ihrer Klienten zu finden, als dies bei der Anwendung „expertenlastiger“ Gesundheitsmodelle (z.B. Bewältigungs- oder Coping-Konzepte) der Fall wäre. Die Letzteren sind i.d.R. allzu stark auf professionelle oder gesellschaftliche Erfolgskriterien hin ausgerichtet (vgl. Jehle 2007, 236).<sup>272</sup> Stattdessen die Selbstsorge der Klienten in einem dialogischen Prozess zu unterstützen, bedeutet somit auch, Abstand von bestehenden Vorstellungen des richtigen und guten Gesunden zu nehmen und Akzeptanz für zunächst unverständlich oder sogar unverantwortlich erscheinendes Handeln zu schaffen. Mit Schmidt (2010, 34) kann in diesem Kontext der Begriff der „Eigenmächtigkeit“ verwendet werden, der das Recht des Subjekts betont, das eigene Leben nach persönlich sinnhaften, eigenwilligen Vorstellungen zu führen.

---

<sup>272</sup> Keupp (2009, 10 f.) bezeichnet entsprechende Normalisierungsprogramme durch die Professionellen, die seines Erachtens auch durch die Psychiatrie-Reform nicht außer Kraft gesetzt worden sind, als „fürsorgliche Belagerung“.

## VI 4.2 Bezugnahme auf das Selbstsorge-Konzept im Rahmen leib- und bewegungsorientierter Verfahren

In den nächsten Abschnitten skizziere ich, wie das Selbstsorge-Konzept in sozialpsychiatrischen Settings – neben der oben beschriebenen „selbstsorge-informierten“ Beratung – in leib- und bewegungsorientierten Verfahren genutzt werden könnte. Ich wähle hier bewusst in einem umfassenden Sinn die Bezeichnung „leib- und bewegungsorientierte Verfahren“. Dabei schließe ich sowohl pädagogische als auch therapeutische Ansätze mit ein, in denen der Leib/Körper und die Bewegung in den verschiedenen Dimensionen direkt thematisiert werden. In beiden Zusammenhängen können Leiblichkeit und Bewegung meiner Ansicht nach den Schlüssel und das Medium darstellen, um an der individuellen Selbstsorge ansetzend die Gesundheit und die gelingende Lebensführung der Klienten zu fördern.

Eine entsprechende leiborientierte Praxis zu entwerfen, erscheint erfolgversprechend, denn erstens zeigen die drei von mir ausgewählten Fälle, dass in der Selbstsorge auf die Leiblichkeit und die Bewegung Bezug genommen wird und dies gesundheitsrelevant ist. Zweitens erinnere ich daran, dass die Leib- und Bewegungstherapien an sich bereits eine Ressourcenorientierung aufweisen. Diese gründet u.a. darauf, dass der Leib mehr weiß, als wir es sprachlich-reflektierend erfassen können, und dass die Bewegung bzw. die Arbeit über die Bewegung sehr wichtige Formen der Ressourcenaktivierung sind (vgl. III 2.2.2).

### VI 4.2.1 Allgemeine Rahmenbedingungen

Leib- und bewegungsorientierte Angebote, die auf die Befähigung zur Selbstsorge ausgerichtet sind, im sozialpsychiatrischen Rahmen zu implementieren, ist u.a. auch deshalb sinnvoll, weil die entsprechenden Institutionen häufig über längere Zeiträume hinweg von den Klienten genutzt werden (müssen). In sozialpsychiatrischen Settings kann der langdauernde Prozess, der mit der Entwicklung einer Selbstsorge-Haltung verbunden ist, somit besser begleitet werden. Vorstellbar wären sowohl fortlaufende als auch zeitlich begrenzte Einzel- und Gruppenangebote, die der Unterstützung der persönlichen Selbstsorge dienen.

Bei aktuellen psychischen Belastungen wären entsprechende Angebote weniger indiziert. Denn bei Personen mit einer akuten oder erstmaligen psychischen Erkrankung stehen eher therapeutische und nicht gesundheitsfördernde Verfahren im Vordergrund, damit eine rasche

Stabilisierung oder Veränderung der Lebenssituation erreicht werden kann.<sup>273</sup> Auch sind die Angebote nicht für „Diagnosegruppen“, d.h. Personengruppen mit bestimmten Krankheitsbildern, gedacht, denn die Selbstsorge stellt in ihren verschiedenen Dimensionen eine Haltung zu sich selbst und zum Leben dar und hat eine diagnosen-übergreifende Bedeutung.

#### **VI 4.2.2 Funktionen der Fachperson im Hinblick auf eine leiborientierte Unterstützung der Selbstsorge**

Als Erstes stellt sich die Frage, welches Wissen und Können die Fachpersonen benötigen, um die Selbstsorge ihrer Klienten in leiborientierter Hinsicht unterstützen zu können.

Unerlässlich ist zunächst eine fundierte leibliche Selbsterfahrung bzw. eine diesbezügliche „entfaltete“ Selbstkenntnis. Ich meine hiermit das implizite leibliche Wissen, ohne das eine angemessene leib- und bewegungsorientierte Praxis nicht umgesetzt werden kann. In diesem Kontext sind verschiedene Arten der Aus- und Weiterbildung vorstellbar, sowohl mit pädagogischem als auch therapeutischem Hintergrund.

Weiteres professionelles Wissen sollte sich einesteils auf Theorien zur Gesundheit und zur Selbstsorge beziehen, so, wie ich sie in den Kapiteln III 3, III 4 sowie IV 2 beschrieben habe. Sie verhelfen den Fachpersonen dazu, ressourcenorientiert vorzugehen und das subjektive Gesundheitsverständnis bzw. das gesundheitsrelevante Handeln ihrer Klienten zu erkennen, es zu unterstützen oder ggf. Veränderungen anzuregen. Andernteils ist die Kenntnis psychopathologischer Theorien – sinnvollerweise aus dem Bereich der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie – (vgl. III 2) wichtig, damit die als „Sorge“ definierte Art der Selbstbekümmern von der Selbstsorge unterschieden werden kann.

Wie an früherer Stelle ausgeführt (vgl. IV 2.5), sehe ich die Funktionen der Fachperson auf zwei Ebenen angesiedelt: Zum einen geht es in Anlehnung an die Rolle des Philosophen, wie Foucault sie im Zusammenhang mit der antiken Selbstsorge beschrieben hat, um eine Art „psychagogischer“ Beratung“ (Gröning 2006, 81). Sie befördert die Selbstreflexion der Klienten und unterstützt so die Subjektwerdung. Zum anderen bedeutet der Bezug auf Wolfstetters Oikeiosis-Interpretation für die Fachperson, durch spiegelndes und

---

<sup>273</sup> Ähnliche Indikationen sieht Huppertz (2012, 4) in Bezug auf die achtsamkeitsbasierte Therapie für psychisch kranke Menschen.

anerkenndes zwischenleibliches Kommunizieren, die Fähigkeit der Klienten zu fördern, sich fühlend und spürend dem eigenen Selbst zuzuwenden.<sup>274</sup>

Da die Selbstsorge vor allem eine Haltung zu sich selbst und keineswegs nur Übungen oder Techniken meint, ist es überdies erforderlich, dass die Fachperson sich mit ihrer eigenen Selbstsorge-Haltung auseinandersetzt. Eine Haltung ist etwas, das von persönlichen Werten, Lebenserfahrungen, Grundüberzeugungen, Gefühlen und Zielen bestimmt ist (Knuf 2013, 45). Insofern berührt eine professionelle Bezugnahme auf die Selbstsorge unvermeidlich auch Bereiche außerhalb des professionellen Tätigseins.

Zusammengefasst gesagt besteht die Funktion der Fachperson also darin, die Selbstsorge der Klienten überhaupt zu erkennen und sowohl pathoplastische als auch gesundheitsbezogene Formen wirkungsvoll zu unterstützen. Das Befähigen zur Selbstsorge – d.h. das Empowerment – ist dabei dahingehend zu verstehen, dass neben der Ressourcen-Aktivierung und -Mobilisation auch die Begleitung und der Beistand wesentliche Aufgaben der Professionellen sind (vgl. auch Friesacher 2010, 67).

#### **VI 4.2.3 Überlegungen zu einer konkreten methodischen und inhaltlichen Umsetzung**

Im Folgenden versuche ich, einige Konturen der konkreten inhaltlichen und methodischen Umsetzung einer an die Selbstsorge anschließenden und zugleich an der Leiblichkeit orientierten Gesundheitsförderung anzudeuten.

Wie die drei Kasuistiken verdeutlichen, sind die Themen und Inhalte sowie die Ausgestaltung der Selbstsorge von Person zu Person sehr unterschiedlich. Erfolgt die Unterstützung der Selbstsorge in Form von Einzelberatungen, so kann an die individuellen Themen bzw. Inhalte der Selbstsorge flexibel angeknüpft werden. Zudem können die Methoden situativ angepasst werden. Im Rahmen der Falluntersuchungen habe ich dies beispielhaft dargelegt: Unter der Überschrift „Pädagogische Implikationen“ habe ich jeweils Ideen entworfen, wie Themen der individuellen Selbstsorge aufgegriffen und in gesundheitsfördernder Hinsicht methodisch unterstützt werden könnten (vgl. V 3.1.4.5, V 3.2.4.5 und V 3.3.4.6).

Die Chance, in sozialpsychiatrischen Settings gesundheitsfördernde Einzelberatungen zu etablieren, ist jedoch geringer als die Etablierung entsprechender Gruppenangebote. Gruppen bieten außerdem zusätzliche Potenziale, weil das Beziehungsgeflecht und die

---

<sup>274</sup> Winnicotts Verständnis der „good enough mother“ als fördernder Umwelt verweist auf eine ähnliche Funktion der Fachperson: nämlich die der sorgenden Zuwendung, der Resonanz und des angemessenen Grenzen-Setzens.

Beziehungsstrukturen der Gruppe genutzt werden können. In den nächsten Abschnitten skizziere ich, wie eine entsprechende Praxeologie aussehen könnte.

Durch einen Erfahrungsaustausch, d.h. in Form von Gesprächen, könnte die persönliche Selbstsorge direkt thematisiert werden.<sup>275</sup> Im Dialog mit den anderen könnte benannt und reflektiert werden, was die Einzelnen bezüglich der Sorge um sich in ihrem Alltag bereits für sich tun, was sie als hilfreich erleben, was ihnen bei der Selbstsorge gelingt und was nicht. Auf diese Weise könnten sowohl pathoplastische als auch gesundheitsbezogene Aspekte der persönlichen Selbstsorge bewusst gemacht werden. Der Dialog ist, wie an früherer Stelle erläutert, ein „[...] Umschlagsort von Ressourcen [...]“ (Schiffer 2001, 18). Aus leibphänomenologischer Sicht wird im Dialog eine wirkliche Kooperation vollbracht, es entsteht ein gemeinsamer Boden für Neues. Insofern sind hierdurch Impulse und ein Erkenntnisgewinn für die Selbstsorge der einzelnen Gruppenteilnehmer erwartbar.

Den Fachpersonen käme in diesem Kontext die Aufgabe zu, den Dialog über die Selbstsorge anzuregen und zu moderieren. Gesundheitsförderlich wirkten sowohl die gegenseitige Unterstützung und Anteilnahme durch die „Peers“ als auch das Zuhören und die Anerkennung durch die Professionellen. Bezüglich der Wichtigkeit des zuletzt Genannten erinnere ich auch an Deegan, eine Psychologin und psychiatrie-erfahrene Aktivistin: Sie fordert, dass die Professionellen in der Psychiatrie der sog. „personal medicine“ psychisch erkrankter Menschen absolute Beachtung schenken und sie in den Gesamtbehandlungsplan integrieren (vgl. Deegan 2005; zit. n. Amering/Schmolke 2007, 261 ff.).<sup>276</sup>

In der dialogischen, reflexiven Auseinandersetzung mit der Selbstsorge der Gruppenteilnehmer könnten, im Sinne der Prozess- und Personenorientierung, Themen gewonnen werden, die von gemeinsamem Interesse sind. Diese könnten auf der Ebene des leib- und bewegungsorientierten Übens und Ausprobierens vertieft und entfaltet werden. Meiner Ansicht nach kommen gesundheitsfördernde Gruppen, die zur Selbstsorge befähigen sollen, jedoch nicht ohne die Bezugnahme auf Gesundheitstheorien aus, die weitere Inhalte liefern. Die kasuistischen Explorationen haben deutlich gemacht, dass sich manche Inhalte der Selbstsorge den Themenfeldern allgemeiner Gesundheitskonzepte zuordnen lassen.

---

<sup>275</sup> Dies setzt selbstverständlich voraus, die Klienten als „kompetent“, d.h. als Sachverständige ihrer selbst zu betrachten (vgl. Baer 1992, 3).

<sup>276</sup> Gemeint sind mit der „personal medicine“ die bereits praktizierten Selbsthilfetätigkeiten, um sich Bedeutung und Lebenssinn zu geben oder das eigene Wohlbefinden zu stärken (vgl. III 5.2.2).

Deswegen könnten entsprechende thematische Bezugnahmen für die individuelle Selbstsorge der Gruppenteilnehmer durchaus bereichernd sein.

Meiner Meinung nach kommen die sechs Bildungsbereiche der Diätetik (vgl. Schipperges 1990) wegen des starken Bezugs zur Alltagsgestaltung in diesem Zusammenhang besonders infrage. Themen im Zusammenhang mit der Lebensführung, wie von Schmid beschrieben, bieten sich ebenfalls an (z.B. der Umgang mit Gewohnheiten, die Frage der Gelassenheit oder der klugen Wahl) (vgl. Schmid 2005). Die von Küchenhoff (1999b, 156 f.) als für die Selbstsorge relevant erachteten Entwicklungsthemen könnten weitere Impulse liefern: z.B. die Aufgabe, einen stimmigen Abstand zu anderen finden zu können, die Frage der Balance zwischen persönlicher Eigenständigkeit bzw. Durchsetzungsfähigkeit und der Abhängigkeit von anderen oder das Thema, die Sorge um sich und um andere in Einklang zu bringen. Auch allgemeine Fragestellungen im Zusammenhang mit der Pathoplastik sollten aufgegriffen werden, insbesondere, wenn sie seitens der Klienten eingebracht werden (z.B. der Umgang mit Veränderungen der Stimmung, des Selbsterlebens oder mit Gefühlen wie Ängstlichkeit).

In methodischer Hinsicht sollte in der Leib- und Bewegungsarbeit – neben der oben erwähnten Personen- oder Gruppenzentrierung – mehrheitlich übungs- und erlebniszentriert vorgegangen werden. Gemäß der tanztherapeutischen Methodenlehre (vgl. Klein 1993, 96 f.), auf die ich mich hier beziehe, dient das übungszentrierte Vorgehen dazu, Fähigkeiten zu stabilisieren oder neu aufzubauen (z.B. Übungen zur Atmung, zur Haltung etc.), während den Teilnehmern durch die Erlebnisorientierung viel Freiraum gegeben wird, um spontanen Bewegungsimpulsen oder inneren Wahrnehmungen nachzugehen. Letzteres geschieht u.a. durch Bewegungsexplorationen oder Bewegungsimprovisationen, die zum persönlichen Wachstum und zur Freilegung kreativer Impulse beitragen sollen (ebd., 97). In Bezug auf die sechs Bildungsbereiche der Diätetik wären bspw. übende wie auch erlebnisöffnende Vorgehensweisen vorstellbar: Man denke an das Gleichgewicht von Arbeit und Muße, an die Rhythmen des Alltags oder an den Umgang mit sich selbst und mit anderen.

Einen wichtigen methodischen Gesichtspunkt möchte ich zudem anhand der von Schmid (vgl. 2005) beschriebenen experimentellen Technik betonen: Nicht nur in der Lebensführung der Klienten, sondern auch in der Gesundheitsförderpraxis sollte es darum gehen, sich in unterschiedlichen Situationen wahrnehmen und die eigenen Bewegungs- und Handlungsmöglichkeiten erproben zu können. Ich weise an dieser Stelle nochmals auf die Relevanz des „Mir-Gemäßen“ hin, die sich in den Kasuistiken im Zusammenhang mit der Selbstsorge abgezeichnet hat. Das hier gemeinte Vorgehen kann mit Baer (1992, 7)

sinnbildlich als „Buffet“ beschrieben werden, von dem die Klienten „kosten“ können (das bedeutet, aus dem Spektrum von angebotenen Erlebnissen, Bewegungen, Übungen oder leiblichen Erfahrungen auszuwählen), sodass sie sich selbst „Mahlzeiten“ für ihren alltäglichen Bedarf zusammenstellen und deren Bekömmlichkeit testen können.

In diesem Kontext ist die Fähigkeit zu einer reflexiven und intentionalen Nutzung der eigenen Leiblichkeit entscheidend (vgl. Seewald 2007). Die Fachperson müsste jene Fähigkeit im Prozess der Gesundheitsförderung ebenfalls unterstützen. Demgemäß spielte nicht nur das Vergegenwärtigen des eigenen Leib-Seins in den jeweiligen Situationen eine Rolle, sondern auch die Orientierung mit dem Leib, d.h. die Fähigkeit, leibliches Wissen als „Kompass“ bzw. als tiefes Orientierungswissen nutzen zu können (vgl. Seewald 2000, 489 f.).

## VI 5 Fazit: kritische Punkte und Innovationsgehalt meiner Arbeit

Den Menschen als leibliches und sinnorientiertes Wesen sowie „gesund“ und „krank“ nicht als sich ausschließende Gegensätze zu begreifen, gestattet es, die Selbstsorge von Erwachsenen mit einer psychischen Krankheit/Behinderung in der von mir vorgeschlagenen Weise zu konzipieren. Aufgrund meiner Untersuchungsergebnisse erachte ich die Entwicklung einer Haltung der Selbstsorge als notwendig und wichtig, damit angesichts der psychischen Krankheit/Behinderung ein souveränes und bejahenswertes Leben geführt werden kann.

Sicherlich muss der explorative Charakter meiner Untersuchung bedacht werden. Weiterer Forschungsbedarf ergibt sich: Es sollten andere methodische Vorgehensweisen als die Kasuistik zur Anwendung kommen, um die Selbstsorge psychischer kranker Menschen noch stärker aus deren subjektiver Sicht zu rekonstruieren. Eine Beteiligung der Betroffenen wäre hierfür sinnvoll und nötig. Zudem müssten auf jeden Fall vertiefende und spezifizierende Überlegungen angestellt werden, was die praktische Bezugnahme auf mein Selbstsorge-Konzept in den leib- und bewegungsorientierten Verfahren betrifft. Da ich im Rahmen der Dissertation eine Praxeologie lediglich angedeutet habe, müssten weitere Ausarbeitungen erfolgen.

Welche kritischen Punkte und welcher Innovationsgehalt zeichnen sich im Hinblick auf meine Untersuchung bzw. auf mein Selbstsorge-Konzept ab?

Kritisch zu betrachten ist zunächst die „Unschärfe“ bezüglich der paradigmatischen Verortung des Selbstsorge-Konzepts. Kann es tatsächlich gewinnbringend dem Paradigma der Gesundheitsförderung zugeordnet werden, wenn doch die „Überschneidungszone“ mit



den ressourcenorientierten Therapien relativ groß ist? Auch die von mir skizzierten praxeologischen Überlegungen zeigen, dass therapeutische Betrachtungs- und Vorgehensweisen relevant bleiben und sich auf jeden Fall mit den gesundheitsfördernden bzw. gesundheitsberatenden mischen.

Ein weiterer kritischer Punkt ergibt sich in Bezug auf die theoretische Konzipierung der Selbstsorge als Form der individuellen Gesundheitsförderung: Die „ökologischen“ und sozialen Aspekte, die im Zusammenhang mit der Förderung von Gesundheit ebenfalls von Relevanz sind, werden nur indirekt berücksichtigt. Indem mein Gesundheitsförderkonzept auf der Ebene des Individuums ansetzt, werden z.B. die sozialen oder materiellen Beschränkungen, die mit einer seelischen Erkrankung/Behinderung meist einhergehen und welche die Entfaltung von Ressourcen behindern, konzeptionell wenig bedacht. Überdies erscheint es generell zwar aussichtsreich, das Selbstsorge-Konzept in sozialpsychiatrischen Settings in die Praxis umzusetzen, vor allem im Vergleich zum klinisch-psychiatrischen Kontext. Allerdings bringt eine entsprechende Umsetzung auch Zwiespältigkeiten mit sich: Von der Betroffenen-Bewegung wird das sozialpsychiatrische Versorgungssystem zu Recht als nicht-inklusiv beanstandet. Denn die sozialpsychiatrischen Strukturen können sich zugleich behindernd auf die Ressourcenentfaltung und -nutzung auswirken, da sie u.a. die Partizipation und die Selbstbestimmung der Klienten begrenzen.

Dennoch ist es meiner Ansicht nach innovativ und gewinnbringend, sich in gesundheitsfördernder Absicht auf die Selbstsorge von Menschen mit einer seelischen Erkrankung/Behinderung zu beziehen. Eine solche Bezugnahme bedeutet, sich verstärkt am Alltag, an der Selbstbestimmung und an der Selbstverantwortung der Klienten auszurichten. Dies stellt im Vergleich zu den ressourcenorientierten Therapien eine noch konsequentere Berücksichtigung der genannten Gesichtspunkte dar. Für die Fachpersonen in der Sozialpsychiatrie besteht der wichtigste Aspekt meines Selbstsorge-Konzepts in dem Orientierungswissen, das es bietet. Es kann meiner Meinung nach dazu beitragen, dass die sozialpsychiatrisch Tätigen „umlernen“ und ihre Vorgehensweisen stärker an den recovery-orientierten Kompetenzen ihrer Klienten ausrichten. Das Empowerment kann hierdurch Wirkung entfalten.

Die Befähigung zur Selbstsorge verstehe ich letztlich als Hoffnungs- und Veränderungsperspektive in kleinen Schritten. Sie stellt eine zeitgemäße Aufgabe im Kontext der Sozialpsychiatrie dar und kann ein Mosaikstein im Rahmen dessen sein, was Thomas Bock – in Anlehnung an den Begriff „Teufelskreis“ – als „Engelskreis“ bezeichnet: Ein Beitrag dazu, dass sich das Selbstbild der Betroffenen Stück um Stück verschieben kann,

bis neben dem Selbstverständnis eines kranken Menschen allmählich ein zweites konstruktives Selbstbild wächst, das nach langer Zeit und mehrfachen Rückschlägen die Führung übernehmen kann (Bock 2012, 106 f.).

## VII Dank

Während des langen Prozesses des Promovierens habe ich viel fachliche und mentale Unterstützung erhalten.

Mein spezieller Dank gilt meinem Erstgutachter Prof. Dr. Jürgen Seewald, dessen Abhandlungen zur Bedeutung der Leiblichkeit für eine „Verstehende Psychomotorik und Motologie“ mich bereits inspiriert haben, bevor ich ihn persönlich kennenlernen durfte. Ich bin ihm sehr dankbar, dass er mich als „Motologie-Fachfremde“ in sein Doktorandenkolloquium aufgenommen hat. Mit einer guten Mischung aus kritischer fachlicher Beratung und persönlicher Ermunterung hat er mir geholfen, schließlich einen eigenen Weg für die Gestaltung meiner Arbeit zu finden.

Sehr herzlich danke ich auch Prof. Dr. Micha Brumlik, den ich schon seit meinem Grundstudium der Erziehungswissenschaften kenne, dass er die Aufgabe des Zweitgutachters übernommen hat. Ihm verdanke ich ebenfalls wesentliche fachliche Anregungen in Bezug auf meine Dissertation.

Überdies gibt es außerhalb des universitären Rahmens Menschen, denen ich an dieser Stelle danken möchte:

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Lebenspartner Páid McIntyre: Er hat mich durch alle Höhen und Tiefen der verschiedenen Phasen des Promovierens begleitet und mir immer wieder Mut gemacht, nicht aufzugeben! Von den ersten Überlegungen zum Exposé bis zu den Fragen des Abschlusskapitels hat er sich meine Textentwürfe angehört und sie mit mir diskutiert.

Meiner 86-jährigen Mutter Margrith Jaquet-Anderfuhren danke ich von Herzen für ihre liebevolle „moralische“ Unterstützung und dafür, dass sie zugunsten der Dissertation auf manchen Besuch von mir verzichtet hat.

Eveline Hohm hat mich bei der Strukturierung des Literaturverzeichnisses unterstützt und ich durfte ihr immer wieder Auszüge aus der Dissertation vorlesen. Vielen Dank dafür!

Schließlich bin ich all den Menschen zu Dank verpflichtet, durch die ich im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeiten erfahren habe, was es heißt, sich angesichts der besonderen Lebenslage, die eine seelische Erkrankung bedeutet, um sich selbst zu kümmern.

## Literatur

- Aderhold, Volkmar (1998): Alternativen zum Krankenhaus, in: Thomas Bock/Hildegard Weigand (Hrsg.), Hand-werks-buch Psychiatrie, 4., vollst. überarb. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 646–660.
- Adorno, Theodor, W. (1965): Jargon der Eigentlichkeit, Zur deutschen Ideologie, edition suhrkamp, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- AG der Psychoseseminare (Hrsg.) (o.J.): „Es ist normal, verschieden zu sein!“, Verständnis und Behandlung von Psychosen („Blaue Broschüre“), erstellt im Dialog von Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Therapeuten/Wissenschaftlern in der AG der Psychoseseminare, 5. Aufl., Herstellung: Brücke Neumünster GmbH, Neumünster.
- Amering, Michaela (2014): Hoffnung – Macht – Sinn, Recovery-Konzepte in der Psychiatrie, in: Thomas Bock, Eigensinn und Psychose, „Noncompliance“ als Chance, 6. Aufl., Paranus Verlag, Neumünster, S. 146–154.
- Amering, Michaela/Schmolke, Margit (2007): Recovery, Das Ende der Unheilbarkeit, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Amering, Michaela/Sibitz, Ingrid/Gössler, Ralf/Katschnig, Heinz (2002a): Wissen – genießen – besser leben, Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung, Manual, Psychosoziale Arbeitshilfen 20, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Amering, Michaela/Sibitz, Ingrid/Gössler, Ralf/Katschnig, Heinz (2002b): Wissen – genießen – besser leben, Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung, Materialien, Psychosoziale Arbeitshilfen 20, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dt. erw. Herausgabe v. Alexa Franke, dt. Übersetzung v. Alexa Franke & Nicola Schulte, Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36, Dgvt-Verlag, Tübingen.
- Auhser-Mihm, Margareta (2003): Thesen zur frühen emotionalen Entwicklung, Versuch einer Würdigung von D. W. Winnicott, SAP-Zeitung Nr. 7, Okt. 2003, 28 Seiten, unter: [http://www.psychoanalyse-salzburg.com/sap\\_zeitung/pdf/Auhser-Mihm.pdf](http://www.psychoanalyse-salzburg.com/sap_zeitung/pdf/Auhser-Mihm.pdf) [12.11.2011].
- Baer, Niklas/Domingo, Anna/Amsler, Felix (2003): Diskriminiert, Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens, Darstellung, Auswertung, Konsequenzen, Forschung für die Praxis – Hochschulschriften, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Baer, Udo (1992): Interaktive Gesundheitsgruppen, Thesen zu Prämissen und Essentials Interaktiver Gesundheitsarbeit, in: ZS für Theorie und Praxis der Sozialtherapie, Heft 2/92, Bünde, S. 2–7.
- Baer, Udo/Frick-Baer, Gabriele (2014): Das große Buch der Gefühle, Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Balz, Viola (2016): Von der Erbgesundheit zum Selbst als Risiko, Entwicklungslinien der Prävention in der Psychiatrie, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Prävention und Präventionsgesetz“, 34. Jg., Heft 3/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 12–14.
- Batthyany, Alexander/Biller, Karlheinz/Fizzotti, Eugenio (Hrsg.) (2011a): Viktor E. Frankl, Gesammelte Werke Bd. 4, Ärztliche Seelsorge, Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, Und Vorarbeiten zu einer sinnorientierten Psychotherapie, Böhlau Verlag, Wien, Köln, Weimar.
- Batthyany, Alexander/Biller, Karlheinz/Fizzotti, Eugenio (2011b): Was ist Logotherapie und Existenzanalyse?, in: Alexander Batthyany/Karlheinz Biller/Eugenio Fizzotti (Hrsg.), Viktor E. Frankl, Gesammelte Werke Bd. 4, Ärztliche Seelsorge, Grundlagen der

- Logotherapie und Existenzanalyse, Und Vorarbeiten zu einer sinnorientierten Psychotherapie, Böhlau Verlag, Wien, Köln, Weimar.
- Becker, Helmut (1985): Einleitung in Michel Foucaults Hermeneutik des Subjekts, in: Helmut Becker/Lothar Wolfstetter/Alfred Gomez-Muller/Raúl Fornet-Betancourt (Hrsg.), Michel Foucault, Freiheit und Selbstsorge, 2. Aufl., Materialis Verlag, Frankfurt am Main, S. 29–31.
- Becker, Helmut/Wolfstetter, Lothar/Gomez-Muller, Alfred/Fornet-Betancourt, Raúl (Hrsg.) (1985): Michel Foucault, Freiheit und Selbstsorge, eingeleitet v. Helmut Becker u. Lothar Wolfstetter, übers. v. Helmut Becker zusammen m. Lothar Wolfstetter, 2. Aufl., Materialis Verlag, Frankfurt am Main.
- Becker, Peter (1995): Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle, Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung, Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Beckers, Edgar/Kruse, Carsten (Hrsg.) (1991): Gesundheit und Bewegung, didaktische Perspektiven und praktische Umsetzung, Gesundheitsbildung durch Wahrnehmungsentwicklung und Bewegungserfahrung, Bd. 2, Verlag Sport und Buch Strauß, Köln.
- Bellion, Regina (1998): Subjektives Erleben und individuelle Selbsthilfe, in: Thomas Bock/Hildegard Weigand (Hrsg.), Hand-werks-buch Psychiatrie, 4., vollst. überarb. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 249–258.
- Bening, Uwe (2016): Selbsthilfe und Empowerment, Grenzen und Herausforderungen der Profis, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Selbsthilfe und Selbstvertretung“, 34. Jg., Heft 2/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 27–28.
- Beudels, Wolfgang/Hammer, Richard/Hamsen, Ruth/Kuhlenkamp, Stefanie/Volmer, Jan (Hrsg.) (2008): Bewegung in der Lebensspanne, Festschrift für Gerd Hölter, Verlag Aktionskreis Literatur und Medien, Lemgo.
- Biller, Karlheinz (1988): Pädagogische Kasuistik, Eine Einführung, Pädagogischer Verlag Burgbücherei Schneider, Baltmannsweiler.
- Binneberg, Karl (Hrsg.) (1997a): Pädagogische Fallstudien, Peter Lang, Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien.
- Binneberg, Karl (1997b): Plädoyer für eine pädagogische Kasuistik, in: Karl Binneberg (Hrsg.), Pädagogische Fallstudien, Peter Lang, Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, S. 7–23.
- Binneberg, Karl (1997c): Überlegungen zur Logik der kasuistischen Forschung in der Pädagogik, in: Karl Binneberg (Hrsg.), Pädagogische Fallstudien, Peter Lang, Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, S. 237–269.
- Blättner, Beate/Borkel, Anette/Venth, Angela (Hrsg.) (1996): anders leben lernen, Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung, Kongressdokumentation, DIE Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Frankfurt am Main.
- Blankenburg, Wolfgang (1983): Der Leib als Partner, in: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 33. Jg., Heft 6, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 206–212.
- Blankenburg, Wolfgang (1988): Vorwort, in: Dirk Schmoll, Schizophrenie und Leiblichkeit: zur Psychopathologie coenästhetischer Schizophrenien, Integrative Therapie, Beiheft 14, Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn, S. I–IV.
- Blankenburg, Wolfgang/Haltenhof, Horst (1995): Selbst und Leib – Ein phänomenologischer Zugang, in: Integrative Bewegungstherapie Nr. 2, S. 72–77, unter: [dgib.net/files/ibt/pdf/Blankenburg\\_Selbst.pdf](http://dgib.net/files/ibt/pdf/Blankenburg_Selbst.pdf) [24.10.2011].
- Blume, Thomas (2003): Intuition, in: Wulff D. Rehfus (Hrsg.), Handwörterbuch Philosophie, 1. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht/UTB, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.

- KG, Göttingen, Oakville, Online-Wörterbuch Philosophie: Das Philosophielexikon im Internet, unter:  
[http://www.philosophie-woerterbuch.de/online-woerterbuch/?tx\\_gwbphilosophie\\_main%5Bentry%5D=455&tx\\_gwbphilosophie\\_main%5Baction%5D=show&tx\\_gwbphilosophie\\_main%5Bcontroller%5D=Lexicon&cHash=f0330ebda0a90e0d1e567ccfdca37efa](http://www.philosophie-woerterbuch.de/online-woerterbuch/?tx_gwbphilosophie_main%5Bentry%5D=455&tx_gwbphilosophie_main%5Baction%5D=show&tx_gwbphilosophie_main%5Bcontroller%5D=Lexicon&cHash=f0330ebda0a90e0d1e567ccfdca37efa) [05.12.2014].
- BM-Online e.V. (o.J.): Neue Definition von Behinderung bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Website „Behinderte Menschen im Internet“, unter:  
<http://www.behinderte.de/RECHT/weiberzeit200504074.htm> [01.02.2016].
- Bock, Thomas (1997): Lichtjahre, Psychosen ohne Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Bock, Thomas (1998): Zur Selbstverständlichkeit psychischer Erkrankungen – Argumente für eine anthropologische Sicht, in: Thomas Bock/Hildegard Weigand (Hrsg.), Handwerksbuch Psychiatrie, 4., vollst. überarb. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 30–41.
- Bock, Thomas (2012): Achterbahn der Gefühle, Mit Manie und Depression leben lernen, BALANCE ratgeber, 3. Aufl., BALANCE buch + medien verlags GmbH & Co. KG, Bonn.
- Bock, Thomas (2014): Eigensinn und Psychose, „Noncompliance“ als Chance, 6. Aufl., m. einem Beitrag v. Michaela Amering u. einem Gespräch m. Dorothea Buck, Paranus Verlag, Neumünster.
- Bock, Thomas/Dörner, Klaus/Naber, Dieter (Hrsg.) (2004a): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie, 1. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Bock, Thomas/Dörner, Klaus/Naber, Dieter (2004b): Einleitung: Auf dem Weg zur Philosophie der psychiatrischen Erkrankungen, in: Thomas Bock/Klaus Dörner/Dieter Naber (Hrsg.), Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie, 1. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 9–16.
- Bock, Thomas/Weigand, Hildegard (Hrsg.) (1998a): Handwerksbuch Psychiatrie, 4., vollst. überarb. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Bock, Thomas/Weigand, Hildegard (1998b): Einleitung, in: Thomas Bock/Hildegard Weigand (Hrsg.), Handwerksbuch Psychiatrie, 4., vollst. überarb. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 8–9.
- Böni Wymann, Brigitt/Olshausen, Cordula (1999): Selbstfürsorge durch Kreativität: Kunsttherapie und Psychotherapie, in: Joachim Küchenhoff (Hrsg.), Selbsterstörung und Selbstfürsorge, edition psychosozial, Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 207–226.
- Bollnow, Otto Friedrich (1965): Die pädagogische Atmosphäre, Untersuchungen über die gefühlsmäßigen zwischenmenschlichen Voraussetzungen der Erziehung, Quelle & Meyer, Heidelberg.
- Brandstifter (o.J.): Asphaltbibliothek, unter:  
<http://www.brand-stiftung.net/brandstifter/asphaltbibliothek/> [16.09.2013].
- Braun, Andrea/Graßhoff, Gunther/Schweppe, Cornelia (2011): Sozialpädagogische Fallarbeit, Studienbuch für soziale Berufe 11, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.
- Brecht, Andrea (o.J.): 5 Rhythmen<sup>TM</sup> nach Gabrielle Roth, unter:  
<http://www.5rhythmen-tanz.com/de/5rhythmen/5rhythmen.html> [07.02.2014].
- Breyer, Thiemo (2012): Helmuth Plessner und die Phänomenologie der Intersubjektivität, in: Bulletin d'Analyse Phénoménologique [En ligne], Volume 8 (2012), Numéro 4, unter:  
<http://popups.ulg.ac.be/1782-2041/index.php?id=571> [15.11.2016].
- Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V. (Hrsg.) (2015): Treffpunkte, ZS für Gemeindepсихиатрии in der Rhein-Main-Region, Nr. 3/2015, Frankfurt am Main.
- Bürli, Chantale/Amstad, Fabienne/Duetz Schmucki, Margreet/Schibli, Daniela (2015): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Gesundheitsförderung Schweiz, Faktenblatt 7, Bern u. Lausanne, unter:

- [http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1\\_de/d-ueber-uns/5-downloads/Faktenblatt\\_007\\_GFCH\\_2015-08\\_-\\_Psychische\\_Gesundheit\\_in\\_der\\_Schweiz.pdf](http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Faktenblatt_007_GFCH_2015-08_-_Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz.pdf) [12.04.2016].
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) (Hrsg.) (2012): Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Psychische Gesundheit“, 30. Jg., Heft 4/2012, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart.
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) (Hrsg.) (2016a): Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Selbsthilfe und Selbstvertretung“, 34. Jg., Heft 2/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart.
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) (Hrsg.) (2016b): Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Prävention und Präventionsgesetz“, 34. Jg., Heft 3/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart.
- Burr, Christian (2016): Positive Risk, Ein neuer Begriff in der Psychiatrie, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Riskante Entscheidungen“, 34. Jg., Heft 4/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 17–19.
- Ciompi, Luc (2013): Sozialpsychiatrie gestern, heute, morgen, Auf dem Weg zu einer modernen Neuro-Soziopsychiatrie, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Psychosen“, 31. Jg., Heft 2/2013, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 4–7.
- Coenen, Hermann (1987): Improvisierte Kontexte. Bewegung und Wahrnehmung in Interaktionen tauber Kinder, in: Wilfried Lippitz/Käte Meyer-Drawe (Hrsg.), Kind und Welt: Phänomenologische Studien zur Pädagogik, 2., durchges. Aufl., Hochschulschriften Erziehungswissenschaft 19, Athenäum Verlag GmbH, Frankfurt am Main, S. 39–61.
- Damasio, Antonio R. (2009): Ich fühle, also bin ich, Die Entschlüsselung des Bewusstseins, 8. Aufl., Paul List Verlag, München.
- Damasio, Antonio (2011): Selbst ist der Mensch, Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins, aus dem amerikan. Engl. v. Sebastian Vogel, Siedler Verlag, München.
- Danner, Helmut (2006): Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik, Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik, 5. Aufl., UTB 947, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.
- Davis, Madeleine/Wallbridge, David (1983): Eine Einführung in das Werk von D.W. Winnicott, aus dem Engl. v. Nina Weller, unter Mitarb. v. Andrea Streicher, Konzepte der Humanwissenschaften, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Delitz, Heike (2008): Historische Anthropologie, Soziologische Anthropologie, Philosophische Anthropologie, „Menschliches“ Leben in soziologischen Theorien, in: Karl-Siegbert Rehberg (Hrsg.), Die Natur der Gesellschaft, Verhandlungsband des 33. Kongresses der DGS, Frankfurt am Main, S. 4716–4725, unter:  
<http://www.heike-delitz.de/4716delitz.pdf> [12.09.2016].
- Denzin, Norman K. (2000): Reading Film – Filme und Videos als sozialwissenschaftliches Erfahrungsmaterial, in: Uwe Flick/Ernst von Kardoff/Ines Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung, Ein Handbuch, rowohlt's enzyklopädie, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S. 416–428.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) (Hrsg.) (2010): Denk-an-Stöße, Broschüre der DGSP, unter:  
[http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Flyer\\_Infoblatt\\_KuFo-Programme\\_Broschueren/Denkanstoesse\\_2010\\_01.pdf](http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Flyer_Infoblatt_KuFo-Programme_Broschueren/Denkanstoesse_2010_01.pdf) [08.01.2016].
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (Hrsg.) (2013): ZS „Soziale Psychiatrie“, Ausgabe 1/2013, „Wenn's hilft ...“, unter:

- <http://www.dgsp-ev.de/archiv-soziale-psychiatrie/ausgabe-012013-der-sozialen-psychiatrie.html> [08.01.2016].
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2012): ICD-10-WHO Version 2013, Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), Copyright WHO, DIMDI 1994–2013, Stand: 24.08.2012, unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/chapter-v.htm#BlockList-V> [30.01.2016].
- Dörner, Klaus/Plog, Ursula (1990): *Irren ist menschlich*, Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, völlig Neubearb. Ausgabe, 6. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Dörpinghaus, Andreas/Poenitsch, Andreas/Wigger, Lothar (2009): *Einführung in die Theorie der Bildung*, 3. Aufl., Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Dornes, Martin (2009): *Der kompetente Säugling, Die präverbale Entwicklung des Menschen*, 12. Aufl., Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Dornes, Martin (2012): *Die Modernisierung der Seele, Kind – Familie – Gesellschaft*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Drerup, Heiner/Keiner, Edwin (Hrsg.) (1999): *Popularisierung wissenschaftlichen Wissens in pädagogischen Feldern*, Deutscher Studien Verlag, Weinheim.
- Dudenredaktion (Hrsg.) (2002): *Duden, Band 10: Bedeutungswörterbuch*, 3., neu bearb. und erw. Aufl., Dudenverlag, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich.
- Dux, Günter (Hrsg.) (1970): *Helmuth Plessner, Philosophische Anthropologie – Lachen und Weinen, Das Lächeln, Anthropologie der Sinne*, mit einem Nachw. v. Günter Dux, *Conditio humana, Ergebnisse aus den Wissenschaften vom Menschen*, S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.
- Eagleton, Terry (2010): *Der Sinn des Lebens*, aus dem Engl. v. Michael Bischoff, List Taschenbuch Verlag, Berlin.
- Eckert, Amara Renate/Hammer, Richard (Hrsg.) (2004): *Der Mensch im Zentrum*, Verlag Aktionskreis Literatur und Medien, Lemgo.
- Eggenberger, Daniel (1998): *Grundlagen und Aspekte einer pädagogischen Intuitionstheorie, Die Bedeutung der Intuition für das Ausüben pädagogischer Tätigkeit*, Verlag Paul Haupt, Bern, Stuttgart, Wien.
- Engelhardt, Dietrich von (1996): *Geschichte als Therapie der Gegenwart*, in: Peter Kemper (Hrsg.), *Die Geheimnisse der Gesundheit, Medizin zwischen Heilkunde und Heiltechnik*, Lizenzausgabe mit Genehmigung des Insel Verlags, Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, S. 11–26.
- Engelhardt, Dietrich von (2013): *Gesundheit und Krankheit im Wandel der europäischen Medizin- und Kulturgeschichte*, in: UNIVERSITAS, *Orientieren! Wissen! Handeln!*, 68. Jg., 7/2013, Heidelberger Lese-Zeiten Verlag, Heidelberg, S. 24–42.
- Erikson, Erik H. (1982): *Kindheit und Gesellschaft*, aus dem Engl. übers. v. Marianne von Eckardt-Jaffé, 8. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart.
- Faltermaier, Toni (2012): *Salutogenese – Resilienz, Theoretische Grundlagen einer psychosozialen Gesundheitsförderung*, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Psychische Gesundheit“, 30. Jg., Heft 4/2012, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 4–7.
- Faltermaier, Toni/Kühnlein, Irene/Burda-Viering, Martina (1998): *Gesundheit im Alltag, Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*, Juventa Verlag, Weinheim.
- Fatke, Reinhard (1997a): *Fallstudien in der Erziehungswissenschaft*, in: Barbara Friebershäuser/Annedore Prengel (Hrsg.), *Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Juventa Verlag, Weinheim, München, S. 56–68.



- Fatke, Reinhard (1997b): Das Allgemeine und das Besondere in pädagogischen Fallgeschichten, in: Karl Binneberg (Hrsg.), Pädagogische Fallstudien, Peter Lang, Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, S. 217–235.
- Fehige, Christoph/Meggler, Georg/Wessels, Ulla (Hrsg.) (2002a): Der Sinn des Lebens, 4. Aufl., Deutscher Taschenbuch Verlag, München.
- Fehige, Christoph/Meggler, Georg/Wessels, Ulla (2002b): Vorab, in: Christoph Fehige/Georg Meggler/Ulla Wessels (Hrsg.), Der Sinn des Lebens, 4. Aufl., Deutscher Taschenbuch Verlag, München, S. 13–22.
- Fischer, Joachim (2000): Exzentrische Positionalität, Plessners Grundkategorie der Philosophischen Anthropologie, in: Deutsche ZS für Philosophie 48 (2000/2), S. 265–288, unter: <http://www.fischer-joachim.org/exzentrischepositionality.pdf> [28.08.2016].
- Fischer, Klaus/Knab, Eckhart/Behrens, Melanie (Hrsg.) (2006): Bewegung in Bildung und Gesundheit, Verlag Aktionskreis Literatur und Medien, Lemgo.
- 5rhythms.com (o.J.): What Are The 5Rhythms, unter: <http://www.5rhythms.com/gabrielle-roths-5rhythms/what-are-the-5rhythms/> [07.02.2014].
- Flaßpöhler, Svenja (2016): Wenn die innere Stimme schweigt, in: Philosophie Magazin 3/2016, Philosophiemagazin Verlag, Berlin, S. 42–45.
- Flick, Uwe/Kardoff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.) (2000): Qualitative Forschung, Ein Handbuch, rowohlt's enzyklopädie, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Fonagy, Peter/Gergely, György/Jurist, Elliot L./Target, Mary (2006): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, aus dem Engl. v. Elisabeth Vorspohl, 2. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart.
- Fonagy, Peter/Target, Mary (2006): Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung, aus dem Engl. v. Elisabeth Vorspohl, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Foucault, Michel (1982): Hermeneutik des Subjekts, Vorlesung am Collège de France 1982, in: Helmut Becker/Lothar Wolfstetter/Alfred Gomez-Muller/Raúl Fornet-Betancourt (Hrsg.), Michel Foucault, Freiheit und Selbstsorge, 2. Aufl., Materialis Verlag, Frankfurt am Main, S. 32–60.
- Foucault, Michel (1984): Freiheit und Selbstsorge, Gespräch mit Michel Foucault am 20. Januar 1984, in: Helmut Becker/Lothar Wolfstetter/Alfred Gomez-Muller/Raúl Fornet-Betancourt (Hrsg.), Michel Foucault, Freiheit und Selbstsorge, 2. Aufl., Materialis Verlag, Frankfurt am Main, S. 7–28.
- Foucault, Michel (1991): Die Sorge um sich, Sexualität und Wahrheit Bd. 3, übers. v. Ulrich Raulff u. Walter Seitter, 2. Aufl., suhrkamp taschenbuch wissenschaft 718, Frankfurt am Main.
- Frank, Manfred/Haverkamp, Anselm (Hrsg.) (1988): Individualität, Wilhelm Fink Verlag, München.
- Frank, Renate (2010): Wohlbefinden fördern, Positive Therapie in der Praxis, Leben Lernen 227, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Franke, Alexa (1997): Vorwort zur deutschen Ausgabe, in: Aaron Antonovsky, Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dt. erw. Herausgabe v. Alexa Franke, dt. Übersetzung v. Alexa Franke & Nicola Schulte, Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36, Dgvt-Verlag, Tübingen, S. 11–12.
- Frankl, Viktor E. (1987): Theorie und Therapie der Neurosen, Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse, 6., erw. Aufl., Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.
- Frankl, Viktor E. (2002a): Der Wille zum Sinn, in: Christoph Fehige/Georg Meggler/Ulla Wessels (Hrsg.), Der Sinn des Lebens, 4. Aufl., Deutscher Taschenbuch Verlag, München, S. 120–122.

- Frankl, Viktor E. (2002b): Fälle, in: Christoph Fehige/Georg Meggle/Ulla Wessels (Hrsg.), *Der Sinn des Lebens*, 4. Aufl., Deutscher Taschenbuch Verlag, München, S. 123–129.
- Frankl, Viktor E. (2005/2011): Letztaufgabe der Ärztlichen Seelsorge, in: Alexander Batthyany/Karlheinz Biller/Eugenio Fizzotti (Hrsg.), Viktor E. Frankl, *Gesammelte Werke Bd. 4, Ärztliche Seelsorge, Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, Und Vorarbeiten zu einer sinnorientierten Psychotherapie*, Böhlau Verlag, Wien, Köln, Weimar, S. 311–551.
- Friebertshäuser, Barbara/Prenzel, Annedore (Hrsg.) (1997): *Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Juventa Verlag, Weinheim, München.
- Friesacher, Heiner (2010): Nutzerorientierung – Zur normativen Umcodierung des Patienten, in: Bettina Paul/Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Risiko Gesundheit, Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 55–72.
- Fritsch, Ursula (1988): *Tanz, Bewegungskultur, Gesellschaft, Verluste und Chancen symbolisch-expressiven Bewegens*, Inauguraldissertation im Fachbereich Erziehungswissenschaften der Johann Wolfgang Goethe-Universität zu Frankfurt am Main, AFRA-Verlag, Frankfurt am Main.
- Fröhlich, Werner D./Drever, James (1981): *dtv-Wörterbuch zur Psychologie*, 3. bearb. und ergänzte Aufl., Deutscher Taschenbuch Verlag, München.
- Fuchs, Thomas (2000a): *Leib, Raum, Person: Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Fuchs, Thomas (2000b): *Psychopathologie von Leib und Raum: Phänomenologisch empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen*, Steinkopff Verlag, Darmstadt.
- Fuchs, Thomas (2002): Der Begriff der Person in der Psychiatrie, in: *Nervenarzt* 73, S. 239–246, unter:  
<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Person.pdf>  
 [19.07.2010].
- Fuchs, Thomas (2005): Corporealized and disembodied minds, A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia, in: *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 12, S. 95–107, unter:  
<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Corporealised-Minds.pdf> [19.07.2010].
- Fuchs, Thomas (2006): Gibt es eine leibliche Persönlichkeitsstruktur? Ein phänomenologisch-psychodynamischer Ansatz, in: *Psychodynamische Psychotherapie* 5, S. 109–117, unter:  
<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/LeibPersoenlichkeit2.pdf> [19.07.2010].
- Fuchs, Thomas (2007): Fragmented Selves: Temporality and Identity in Borderline Personality Disorder, in: *Psychopathology* 2007, unter:  
<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Fragmented-Selves.pdf> [19.07.2010].
- Fuchs, Thomas (2008): Die Würde des menschlichen Leibes, in: W. Härle/B. Vogel (Hrsg.), *Begründung von Menschenwürde und Menschenrechten*, S. 202–217, unter:  
[https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Wuerde\\_des\\_Leibes.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Wuerde_des_Leibes.pdf) [28.10.2016].
- Fuchs, Thomas (2012): Selbst und Schizophrenie, *DZPhil*, Akademie Verlag, 60/2012, S. 887–901, unter:  
[https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Selbst\\_und\\_Schizophrenie.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Selbst_und_Schizophrenie.pdf) [17.01.2015].

- Fuchs, Thomas (2013): Zwischen Leib und Körper, in: Martin Hähnel/Marcus Knaup (Hrsg.), Leib und Leben, Perspektiven für eine neue Kultur der Körperlichkeit, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, S. 82–93, unter: [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/Phaenomenologie/Zwischen\\_Leib\\_und\\_Ko\\_rper.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/Phaenomenologie/Zwischen_Leib_und_Ko_rper.pdf) [02.11.2016].
- Fuchs, Thomas (2015a): Wege aus dem Ego-Tunnel, Zur gegenwärtigen Bedeutung der Phänomenologie, in: Deutsche ZS für Philosophie 63 (5), S. 801–823, unter: [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Literatur/Wege\\_aus\\_dem\\_Ego-Tunnel.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Literatur/Wege_aus_dem_Ego-Tunnel.pdf) [28.10.2016].
- Fuchs, Thomas (2015b): Die gegenwärtige Bedeutung der Phänomenologie, in: Information Philosophie 3, S. 8–19, unter: [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Literatur/Die\\_gegenwaertige\\_Bedeutung\\_der\\_Phaenomenologie.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Literatur/Die_gegenwaertige_Bedeutung_der_Phaenomenologie.pdf) [04.12.2016].
- Fuchs, Thomas (2015c): From Self-disorders to Ego Disorders, in: Psychopathology 2015, 48, S. 324–331, unter: [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Literatur/From\\_Self-Disorder\\_to\\_Ego\\_Disorders.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Literatur/From_Self-Disorder_to_Ego_Disorders.pdf) [02.11.2016].
- Fürstenau, Peter (1992): Entwicklungsförderung durch Therapie, Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie, Verlag J. Pfeiffer, München.
- Gadamer, Hans-Georg (1993): Über die Verborgtheit der Gesundheit, Aufsätze und Vorträge, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Gebhard, Ulrich (2010): Naturerfahrung und seelische Entwicklung, in: Motorik, ZS für Motopädagogik und Mototherapie, Schwerpunkt „Bewegung und Entwicklung“, 33. Jg., Heft 3, September 2010, Hofmann-Verlag, Schorndorf, S. 107–111.
- Gendlin, Eugene T./Hendricks-Gendlin, Marion N. (2006): Das körperliche Empfinden als Grundlage von Körperpsychotherapien, Übersetzung v. Theo Kierdorf, in: Gustl Marlock/Halko Weiss (Hrsg.), Handbuch der Körperpsychotherapie, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, S. 264–272.
- Gerhardt, Gerd (1989): Kritik des Moralverständnisses, Entwickelt am Leitfaden von „Selbstverwirklichung“ und „Vollkommenheit“, Abhandlungen zur Philosophie, Psychologie und Pädagogik, Bd. 217, Bouvier Verlag, Bonn.
- Germer, Christopher (2012): Der achtsame Weg zur Selbstliebe, Wie man sich von destruktiven Gedanken und Gefühlen befreit, übers. v. Christine Bendner, 3. Aufl., Arbor Verlag, Freiburg im Breisgau.
- Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.) (1995): Provokationen zur Gesundheit, Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit, 2. Aufl., Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Godin, Christian (2012): Philosophische Grundbegriffe für Dummies, Das Pocketbuch, Übersetzung aus dem Franz. v. Oliver Fehn, Fachkorrektur v. Annette Förster, WILEY-VCH Verlag, Weinheim.
- Gränicher, Dieter (2007): DVD „Recovery, Wie die Seele gesundet, acht Frauen und Männer erzählen“, hrsg. v. Pro Mente Sana, Gesamtlauzeit v. 160 Minuten, Schweizerdeutsch mit dt. und franz. Untertiteln, 8 Portraits, 2 Fachinterviews, 34 Texttafeln mit Informationen, Zürich.
- Gränicher, Dieter/Pro Mente Sana (Hrsg.) (2007): Recovery, Wie die Seele gesundet – acht Frauen und Männer erzählen, 16-seitige Begleitbroschüre zur DVD, Vertrieb Pro Mente Sana, Zürich.
- Greve, Werner (Hrsg.) (2000a): Psychologie des Selbst, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.

- Greve, Werner (2000b): Psychologie des Selbst – Konturen eines Forschungsthemas, in: Werner Greve (Hrsg.), Psychologie des Selbst, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, S. 15–36.
- Greve, Werner (2000c): Das erwachsene Selbst, in: Werner Greve (Hrsg.), Psychologie des Selbst, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, S. 96–114.
- Gröning, Katharina (2006): Pädagogische Beratung, Konzepte und Positionen, Lehrbuch, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Gugutzer, Robert (2002): Leib, Körper und Identität, Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zur personalen Identität, Westdeutscher Verlag GmbH, Wiesbaden.
- Gutknecht, Dorothee (2006): Die Frühförderin und ihre Antwortregister, Phänomenologisch orientierte Studie zur pädagogischen Fachperson in der Frühförderung im Förderschwerpunkt Sprache/Kommunikation, unveröff. Diplomarbeit am Fachbereich Erziehungswissenschaften der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- Gutmann, Philipp (2006): Anthropologische Psychiatrie und Sprachphilosophie, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 157. Jg., 1/2006, S. 4–14, unter: <http://www.sanp.ch/docs/2006/2006-01/2006-01-130.pdf> [03.06.2011].
- Haas, Ruth (1993): Die Erfassung des Raumverhaltens und -erlebens bei psychisch Kranken, in: Gerd Hölder (Hrsg.), Mototherapie mit Erwachsenen, Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung, Verlag Karl Hofmann, Schorndorf, S. 94–108.
- Hammer, Matthias (2008): SBT, Stressbewältigungstraining für psychisch kranke Menschen, Ein Handbuch zur Moderation von Gruppen, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Hammer, Matthias/Plöbl, Irmgard (2013): Irre verständlich, Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen, 2. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Köln.
- Hanses, Andreas (2010): Gesundheit als Biographie – eine Gratwanderung zwischen Selbstoptimierung und Selbstsorge als gesellschaftliche Kritik, in: Bettina Paul/Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.), Risiko Gesundheit, Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 89–103.
- Hauke, Kai (2000): Plessner, Zur Einführung, Junius Verlag, Hamburg.
- Heidegger, Martin (1977): Sein und Zeit, 14., durchges. Aufl., Max Niemeyer Verlag, Tübingen.
- Heimberg, Dora (2008): Grafomotorik aus psychomotorischer Sicht, in: Praxis der Psychomotorik, ZS für Bewegungs- und Entwicklungsförderung, 33. Jg., Heft 2, Mai 2008, verlag modernes lernen Borgmann, Dortmund, S. 68–73.
- Heinz, Andreas (2014): Der Begriff der psychischen Krankheit, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 2108, Suhrkamp Verlag, Berlin.
- Heinze, Martin (2016): Vertrauen und Kontrolle in sozialtherapeutischen Beziehungen, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Riskante Entscheidungen“, 34. Jg., Heft 4/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 8–10.
- Hell, Daniel (o.J.): Moderne Erkenntnisse verändern das Ich-Bewusstsein, Vortrag, unter: <http://www.depression.uzh.ch/vortraege/mod.Erkenntnis.pdf> [08.09.2010].
- Heltzel, Rudolf (2014): Bedenkliche Arbeitsformen in der Gemeindepsychiatrie, Eindrücke aus der Supervisionspraxis, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Ethische Aspekte sozialpsychiatrischen Handelns“, 32. Jg., Heft 3/2014, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 26–29.
- Henke, Roland W. (2003a): Selbsterkenntnis, in: Wulff D. Rehfus (Hrsg.), Handwörterbuch Philosophie, 1. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht/UTB, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Oakville, Online-Wörterbuch Philosophie: Das Philosophielexikon im Internet, unter:

- [http://www.philosophie-woerterbuch.de/online-woerterbuch/?tx\\_gbwphilosophie\\_main%5Bentry%5D=811&tx\\_gbwphilosophie\\_main%5Baction%5D=show&tx\\_gbwphilosophie\\_main%5Bcontroller%5D=Lexicon&cHash=ff617963aed3daf17d59262418495242](http://www.philosophie-woerterbuch.de/online-woerterbuch/?tx_gbwphilosophie_main%5Bentry%5D=811&tx_gbwphilosophie_main%5Baction%5D=show&tx_gbwphilosophie_main%5Bcontroller%5D=Lexicon&cHash=ff617963aed3daf17d59262418495242) [18.02.2015].
- Henke, Roland W. (2003b): Selbst, in: Wulff D. Rehfus (Hrsg.), Handwörterbuch Philosophie, 1. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht / UTB, Vandenhoeck &, Göttingen, Oakville, Online-Wörterbuch Philosophie: Das Philosophielexikon im Internet, unter: [http://www.philosophie-woerterbuch.de/online-woerterbuch/?tx\\_gbwphilosophie\\_main%5Bentry%5D=808&tx\\_gbwphilosophie\\_main%5Baction%5D=show&tx\\_gbwphilosophie\\_main%5Bcontroller%5D=Lexicon&cHash=52eff9b2ce7f69dc57af41aff088bf28](http://www.philosophie-woerterbuch.de/online-woerterbuch/?tx_gbwphilosophie_main%5Bentry%5D=808&tx_gbwphilosophie_main%5Baction%5D=show&tx_gbwphilosophie_main%5Bcontroller%5D=Lexicon&cHash=52eff9b2ce7f69dc57af41aff088bf28) [18.02.2015].
- Henrich, Dieter (2007): Sorge um sich oder Kunst des Lebens?, in: Wolfgang Kersting/Claus Langbehn (Hrsg.), Kritik der Lebenskunst, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, S. 359–371.
- Herberich, Stefanie/Lenz, Elisabeth (2007): Klinische Anwendungen, Allgemeinpsychiatrie, in: Rüdiger Hirsch/Ulrich Pfingsten (2007), Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK, Beltz Verlag, Weinheim, Basel, S. 238–250.
- Hirsch, Rüdiger/Pfingsten, Ulrich (2007): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK, Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Hirschberg, Marianne (2008): Behinderung im internationalen Diskurs, Die flexible Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation, Campus Verlag, Frankfurt am Main, New York.
- Hölter, Gerd (Hrsg.) (1993): Mototherapie mit Erwachsenen, Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung, Verlag Karl Hofmann, Schorndorf.
- Hölter, Gerd (2014): Körperpsychotherapie und Bewegungstherapie, Plädoyer für eine terminologische und inhaltliche Umzentrierung, in: körper tanz bewegung, ZS für Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 2. Jg., 1/2014, Ernst Reinhardt Verlag, München, S. 27–33.
- Hoffmann, Holger (2014): Transinstitutionalisierung – eine Folge des Bettenabbaus?, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Klinische Versorgung“, 32. Jg., Heft 2/2014, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 33–35.
- Horn, Christoph (2007): Objektivität, Rationalität, Immunität, Teleologie, Wie plausibel ist die antike Konzeption einer Lebenskunst?, in: Wolfgang Kersting/Claus Langbehn (Hrsg.), Kritik der Lebenskunst, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, S. 118–148.
- Horn, Christoph (2010): Antike Lebenskunst, Glück und Moral von Sokrates bis zu den Neuplatonikern, 2. Aufl., Verlag C.H. Beck, München.
- Hügli, Anton (1999): „Selbstsorge“ – ein zentraler Begriff der Antike und sein heutiger Stellenwert in Pädagogik und Philosophie, in: Joachim Küchenhoff (Hrsg.), Selbsterstörung und Selbstfürsorge, edition psychosozial, Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 274–298.
- Huppertz, Michael (2012): Anthropologische Psychiatrie und achtsamkeitsbasierte Therapie, unter: <http://www.mihuppertz.de/Downloadfassung%20Anthropologische%20Psychiatrie%20und%20achtsamkeitsbasierte%20Therapie.pdf> [10.04.2017].
- Jacoby, Egbert (2012): Formen der Bindung in Bewegtheit und Rhythmus, in Konsonanz und Dissonanz und in Synchronisation und ihre Bedeutung für Einzel- und Gruppenpsychotherapie, 55 Thesen, in: ZS für Tanztherapie, Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 19. Jg., Heft 33/2012, Claus Richter Verlag, Köln, S. 42–49.

- Jehle, Manfred (2007): Psychose und souveräne Lebensgestaltung, Erfahrungen langfristig Betroffener mit Gemeindepsychiatrie und Selbstsorge, mit einem Vorwort v. Heiner Keupp, Forschung für die Praxis, Hochschulschriften, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Jessel, Holger (2007): Psychomotorische Gewaltprävention – ein mehrperspektivischer Ansatz, unveröff. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde des Fachbereichs Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg, Juni 2007, unter: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2008/0125/pdf/dhj.pdf> [23.07.2015].
- Jessel, Holger (2012): Editorial, in: Motorik, ZS für Motopädagogik und Mototherapie, 35. Jg., Heft 2, Verlag Karl Hofmann, Schorndorf, S. 53.
- Joseph, Stephen/Linley, P. Alex (2011): Positive Therapie, Grundlagen und psychologische Praxis, aus dem Engl. v. Christoph Trunk, Leben Lernen 237, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Jost, Annemarie (2010): Rhythmus und psychische Gesundheit, Wie Kommunikation gelingen kann, in: Treffpunkte, Frankfurter ZS für Gemeindepsychiatrie, Heft 1, hrsg. v. der Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V., Frankfurt am Main, S. 3–5.
- Juli, Mirjam (2011): Sorge: Untersuchungen zu einem Motiv bei Kafka und Heidegger, Dissertation Univ. Gießen, unter: [http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2011/8090/pdf/JuliMirjam\\_2009\\_05\\_11.pdf](http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2011/8090/pdf/JuliMirjam_2009_05_11.pdf) [13.07.2013].
- Julmi, Christian/Scherm, Ewald (2012): Der atmosphärische Einfluss auf die Organisationskultur: ein multidisziplinärer Ansatz, in: SEM Radar, 11. Jg., 2/2012, unter: [https://www.fernuni-hagen.de/imperia/md/content/fakultaetfuervirtschaftswissenschaft/lehrstuhlscherm/julmi\\_scherm\\_2012\\_-\\_der\\_atmosphaerische\\_einfluss\\_der\\_organisationskultur.pdf](https://www.fernuni-hagen.de/imperia/md/content/fakultaetfuervirtschaftswissenschaft/lehrstuhlscherm/julmi_scherm_2012_-_der_atmosphaerische_einfluss_der_organisationskultur.pdf) [21.04.2017].
- Kaba-Schönstein, Lotte (2003): Gesundheitsförderung I–VI, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Fachverlag und Versandbuchhandel Peter Sabo, Schwabenheim an der Selz, S. 73–111.
- Kabat-Zinn, Jon (2011): Gesund durch Meditation, Das große Buch der Selbstheilung, aus dem Engl. v. Marion B. Kroh, MensSana, Knaur Taschenbuch, Droemersch Verlagsanstalt, München.
- Kegan, Robert (1986): Die Entwicklungsstufen des Selbst, Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben, Kindt Verlag, München.
- Kemper, Peter (Hrsg.) (1996): Die Geheimnisse der Gesundheit, Medizin zwischen Heilkunde und Heiltechnik, Lizenzausgabe mit Genehmigung des Insel Verlags, Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Kern, Ernst/Tengler, Maxi (2001): Tanztherapie mit traumatisierten Patientinnen, in: ZS für Tanztherapie, Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 8. Jg., Heft 14/2001, Claus Richter Verlag, Köln, S. 3–10.
- Kersting, Wolfgang (2007): Einleitung, Die Gegenwart der Lebenskunst, in: Wolfgang Kersting/Claus Langbehn (Hrsg.), Kritik der Lebenskunst, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, S. 10–88.
- Kersting, Wolfgang/Langbehn, Claus (Hrsg.) (2007): Kritik der Lebenskunst, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Keupp, Heiner (Hrsg.) (1994a): Zugänge zum Subjekt, Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1102, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Keupp, Heiner (1994b): Zur Einführung, Für eine reflexive Sozialpsychologie, in: Heiner Keupp (Hrsg.), Zugänge zum Subjekt, Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie, suhrkamp taschenbuch Wissenschaft 1102, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, S. 7–20.

- Keupp, Heiner (1994c): Grundzüge einer reflexiven Sozialpsychologie, Postmoderne Perspektiven, in: Heiner Keupp (Hrsg.), Zugänge zum Subjekt, Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1102, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, S. 226–274.
- Keupp, Heiner (1996): Gesundheit als Fetisch, Grenzen der Gesundheitsförderung, in: Beate Blättner/Anette Borkel/Angela Venth (Hrsg.), anders leben lernen, Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung, Kongressdokumentation, DIE Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Frankfurt am Main, S. 25–36.
- Keupp, Heiner (2000): Eigensinn und Selbstsorge: Subjektsein in der Zivilgesellschaft, Vortrag, 21 Seiten, unter: [http://www.ipp-muenchen.de/texte/eigensinn\\_und\\_selbstsorge.pdf](http://www.ipp-muenchen.de/texte/eigensinn_und_selbstsorge.pdf) [19.10.2010].
- Keupp, Heiner (2007): Vorwort, in: Manfred Jehle, Psychose und souveräne Lebensgestaltung, Erfahrungen langfristig Betroffener mit Gemeindepsychiatrie und Selbstsorge, Forschung für die Praxis, Hochschulschriften, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 7–10.
- Keupp, Heiner (2008): Gesundheitsförderung als Identitätsarbeit: Grundlagen der Salutogenese, Präsentation, [online], 29 Seiten, unter: [http://www.ipp-muenchen.de/texte/keupp\\_muenster\\_08.pdf](http://www.ipp-muenchen.de/texte/keupp_muenster_08.pdf) [19.10.2010].
- Keupp, Heiner (2009): Zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Ansprüche und Realitäten in der Gesellschaft, Vortrag, [online], 21 Seiten, unter: [http://www.ipp-muenchen.de/texte/keupp\\_09\\_tutzing\\_text.pdf](http://www.ipp-muenchen.de/texte/keupp_09_tutzing_text.pdf) [19.10.2010].
- Keupp, Heiner (2016): Heraus aus der Ohnmachtsfalle, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Riskante Entscheidungen“, 34. Jg., Heft 4/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 4–7.
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft, Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, unter Mitarbeit v. Daniela Maag, G. Conrad Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg.
- Kimmich, Dorothée (1993): Epikureische Aufklärungen, Philosophische und poetische Konzepte der Selbstsorge, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Kipke, Roland (2008): Lebenskunst als Selbstformung, Vortrag Charite Berlin, unter: [http://www.dgphil2008.de/fileadmin/download/Sektionsbeitraege/09-3\\_Kipke.pdf](http://www.dgphil2008.de/fileadmin/download/Sektionsbeitraege/09-3_Kipke.pdf) [31.05.2010].
- Kipke, Roland (2011): Besser werden, Eine ethische Untersuchung zu Selbstformung und Neuro-Enhancement, mentis Verlag GmbH, Paderborn.
- Klein, Petra (1993): Tanztherapie, Ein Weg zum ganzheitlichen Sein, Leben lernen 85, Verlag J. Pfeiffer, München.
- Knuf, Andreas (2013): Achtsame Haltung psychiatrisch Tätiger, in: Andreas Knuf/Matthias Hammer (Hrsg.), Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, Psychiatrie-Verlag, Köln, S. 44–64.
- Knuf, Andreas/Hammer, Matthias (Hrsg.) (2013): Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, Psychiatrie-Verlag, Köln.
- Koch, Sabine C./Eberhard-Kächele, Marianne (2014): Wirkfaktoren der Tanz- und Bewegungstherapie, Replik auf Tschacher, Munt und Storch, in: körper tanz bewegung, ZS für Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 2. Jg., 4/2014, Ernst Reinhardt Verlag, München, S. 150–159.
- Kopelsky, Cornelia M. (2014): Rezension zu: Jutta Heller, Resilienz, 7 Schlüssel für mehr innere Stärke, in: Praxis der Psychomotorik, ZS für Bewegungs- und Entwicklungsförderung, 39. Jg., 3/2014, verlag modernes lernen, Dortmund, S. 151.

- Krämer, Ute Maria (2016): Von der neuen Hoffnung zum Genesungszwang, Recovery in Selbsthilfe und Peer Support, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Selbsthilfe und Selbstvertretung“, 34. Jg., Heft 2/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 11–12.
- Kubitza, Thorsten (2005): Identität – Verkörperung – Bildung, Pädagogische Perspektiven der Philosophischen Anthropologie Helmuth Plessners, transcript Verlag, Bielefeld.
- Küchenhoff, Joachim (1988): Der Leib als Statthalter des Individuums?, in: Manfred Frank/Anselm Haverkamp (Hrsg.), Individualität, Wilhelm Fink Verlag, München, S. 167–202.
- Küchenhoff, Joachim (Hrsg.) (1999a): Selbstzerstörung und Selbstfürsorge, edition psychosozial, Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Küchenhoff, Joachim (1999b): Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge – die seelischen Voraussetzungen, in: Joachim Küchenhoff (Hrsg.), Selbstzerstörung und Selbstfürsorge, edition psychosozial, Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 147–164.
- Küchenhoff, Joachim (2005): Die Achtung vor dem Anderen, Psychoanalyse und Kulturwissenschaften im Dialog, Velbrück Wissenschaft, Weilerswist.
- Küchenhoff, Joachim/Warsitz, Peter (1992): Labyrinth des Ohres, Vom therapeutischen Sinn des Zuhörens in Psychopathologie und Psychoanalyse, Verlag Königshausen und Neumann GmbH, Würzburg.
- Kühn, Rolf/Petzold, Hilarion (Hrsg.) (1992): Psychotherapie & Philosophie: Philosophie als Psychotherapie?, Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 50, Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn.
- Kümmel, Friedrich (1983): Leiblichkeit und menschliche Lebensform, Aufsatz zum 80. Geburtstag von Otto Friedrich Bollnow, in: Werner Loch (Hrsg.), Lebensform und Erziehung, Besinnungen zur pädagogischen Anthropologie, Neue deutsche Schule Verlagsgesellschaft mbH, Essen, S. 9–26, unter:  
<http://www.friedrich-kuemmel.de/doc/Leiblichkeit.pdf> [14.08.2016].
- Künzler, Alfred (2013): Körperpsychotherapie, Eine wissenschaftlich fundierte Methode, in: körper tanz bewegung, ZS für Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 1. Jg., 1/2013, Ernst Reinhardt Verlag, München, S. 8–12.
- Kurz, Wolfram (o.J.): Logotherapie und Psychiatrie, unter:  
<http://www.logotherapie.net/lth4.html> [01.11.2012].
- Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hrsg.) (1997): Salutogenese, Ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, 3., überarb. Aufl., VAS – Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main.
- Lamprecht, Friedhelm/Sack, Martin (1997): Kohärenzgefühl und Salutogenese – Eine Einführung, in: Friedhelm Lamprecht/Rolf Johnen (Hrsg.), Salutogenese, Ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, 3., überarb. Aufl., VAS – Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main, S. 22–36.
- Lapierre, André/Aucoturier, Bernard (2002): Die Symbolik der Bewegung, Psychomotorik und kindliche Entwicklung, 2. Aufl., Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.
- Laskowski, Annemarie (2000): Was den Menschen antreibt, Entstehung und Beeinflussung des Selbstkonzepts, Campus Verlag, Frankfurt am Main, New York.
- Leising, Birte (2012): Tanz – ein sinnvolles Unterfangen?, in: ZS für Tanztherapie, Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 19. Jg., Heft 34/2012, Claus Richter Verlag, Köln, S. 27–28.



- Levinas, Emmanuel (1986): Über die Intersubjektivität, Anmerkungen zu Merleau-Ponty, in: Alexandre Métraux/Bernhard Waldenfels (Hrsg.), *Leibhaftige Vernunft, Spuren von Merleau-Pontys Denken*, Wilhelm Fink Verlag, München, S. 48–55.
- Lippitz, Wilfried (1987): Phänomenologie als Methode? Zur Geschichte und Aktualität des phänomenologischen Denkens in der Pädagogik, in: Wilfried Lippitz/Käte Meyer-Drawe (Hrsg.), *Kind und Welt, Phänomenologische Studien zur Pädagogik*, 2. Aufl., Athenäum Verlag, Frankfurt am Main, S. 101–130.
- Lippitz, Wilfried (1989a): Der Leib (Kommentar), in: Wilfried Lippitz/Christian Rittelmeyer (Hrsg.), *Phänomene des Kinderlebens, Beispiele und methodische Probleme einer pädagogischen Phänomenologie*, Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, S. 71–77.
- Lippitz, Wilfried (1989b): Sprache und Sprechen (Kommentar), in: Wilfried Lippitz/Christian Rittelmeyer (Hrsg.), *Phänomene des Kinderlebens, Beispiele und methodische Probleme einer pädagogischen Phänomenologie*, Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, S. 150–155.
- Lippitz, Wilfried (1993): *Phänomenologische Studien in der Pädagogik*, Deutscher Studienverlag, Weinheim.
- Lippitz, Wilfried (1999): Differenz-„Konstruktionen“, Grundsätzliche Überlegungen zu Differenzerfahrungen im Verhältnis von Kindern und Erwachsenen, erschienen in: ZS „Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft“ Nr. 3/99; Reha Druck Graz, bidok-Volltextbibliothek, unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh3-99-differenz.html> [11.09.2016].
- Lippitz, Wilfried/Meyer-Drawe, Käte (Hrsg.) (1987): *Kind und Welt, Phänomenologische Studien zur Pädagogik*, 2. Aufl., Athenäum Verlag, Frankfurt am Main.
- Lippitz, Wilfried/Rittelmeyer, Christian (Hrsg.) (1989): *Phänomene des Kinderlebens, Beispiele und methodische Probleme einer pädagogischen Phänomenologie*, Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn.
- Lorenz, Rüdiger (2005): *Salutogenese, Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*, Geleitwort v. Hilarion Petzold, 2., durchges. Aufl., Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.
- Ludwig-Körner, Christiane (1992): *Der Selbstbegriff in Psychologie und Psychotherapie: eine wissenschaftliche Untersuchung*, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.
- Lukas, Elisabeth (2015): „Er erhielt sich seine Würde“, Erinnerung an den Psychiater Viktor Frankl, Interview v. Anna-Sophia Lang, in: *Süddeutsche Zeitung (SZ)* vom 26.03.2015, unter: <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/dachau/geschichte-er-erhielt-sich-seine-wuerde-1.2410657> [28.10.2016].
- Lurker, Manfred (Hrsg.) (1985): *Wörterbuch der Symbolik*, unveränd. Nachdruck der 2. Aufl. v. 1983, Alfred Kröner Verlag, Stuttgart.
- Marcel, Gabriel (1986): *Leibliche Begegnung, Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang*, bearbeitet v. Hans A. Fischer-Barnicol, in: Hilarion Petzold (Hrsg.), *Leiblichkeit, Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften*, 2. Aufl., Junfermann-Verlag, Paderborn, S. 15–46.
- Marlock, Gustl/Weiss, Halko (Hrsg.) (2006a): *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York.
- Marlock, Gustl/Weiss, Halko (2006b): Einführung: Das Spektrum der Körperpsychotherapie, in: Gustl Marlock/Halko Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, S. 1–12.
- Masanz, Klaus/Menzler-Fröhlich, Karl-Heinz (2016): Ideen für eine sozialpsychiatrische Praxis der Ermutigung, in: *Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt*

- „Riskante Entscheidungen“, 34. Jg., Heft 4/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 14–16.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung, 5. Aufl., Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Mentzos, Stavros (1991): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Merleau-Ponty, Maurice (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung, aus dem Franz. übers. und eingeführt v. Rudolf Boehm, Phänomenologisch-psychologische Forschungen, Bd. 7, hrsg. v. C. F. Graumann u. J. Linschoten, Walter de Gruyter & Co., Berlin.
- Métraux, Alexandre/Waldenfels, Bernhard (Hrsg.) (1986): Leibhaftige Vernunft, Spuren von Merleau-Pontys Denken, Wilhelm Fink Verlag, München.
- Metzinger, Thomas (2000): Die Selbstmodell-Theorie der Subjektivität: Eine Kurzdarstellung für Nicht-Philosophen in fünf Schritten, in: Werner Greve (Hrsg.), Psychologie des Selbst, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, S. 317–336.
- Metzinger, Thomas (2011): Der EGO Tunnel, Eine neue Philosophie des Selbst: Von der Hirnforschung zur Bewusstseinsethik, aus dem Engl. v. Thomas Metzinger u. Thorsten Schmidt, 3. Aufl., Berliner Taschenbuch Verlag, Berlin.
- Meyer, Hans Joachim (2016): Und wo bleiben die Schwerkranken – Selbstsorge statt Fürsorge, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 46. Jg., Heft 2/2016, S. 3–6, unter: <https://www.psychiatrie-verlag.de/zeitschriften/sozialpsychiatrische-informationen/archiv/issue/182/manuscript/1432.html> [13.09.2016].
- Meyer-Drawe, Käthe (1999): Der lachende und der weinende Leib, Verständigung diesseits der Vernunft, erschienen in: ZS „Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft“ Nr. 3/99, bidok-Volltextbibliothek, unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh3-99-leib.html> [14.08.2016].
- Mezzich, Juan E. (2007): Grußwort, Recovery und eine Psychiatrie für die Person, in: Michaela Amering/Margit Schmolke, Recovery, Das Ende der Unheilbarkeit, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 7–8.
- Middendorf, Ilse (1991): Der Erfahrbare Atem, Eine Atemlehre, 7. Aufl., Junfermann-Verlag, Paderborn.
- Milz, Helmut (1995): Persönliche Gesundheit in psychosozialer Verantwortung, Perspektiven, Widersprüche, offene Fragen, in: Eberhard Göpel/Ursula Schneider-Wohlfahrt (Hrsg.), Provokationen zur Gesundheit, Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit, 2. Aufl., Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 17–32.
- Milz, Helmut (1996): Mit Sinnen und Verstand, auf der Suche nach Gesundheit, in: Beate Blättner/Anette Borkel/Angela Venth (Hrsg.), anders leben lernen, Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung, Kongressdokumentation, DIE Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Frankfurt am Main, S. 36–43.
- Moldzio, Andrea (o.J.): Philosophie der Psychosen – vom Symptom zum Phänomen, unter: [http://www.gnp-online.de/fileadmin/media/Moldzio\\_Psychosen.pdf](http://www.gnp-online.de/fileadmin/media/Moldzio_Psychosen.pdf) [23.02.2016].
- Mollenhauer, Klaus (1989): Fingererzählungen – eine pädagogische Spekulation, in: Wilfried Lippitz/Christian Rittelmeyer (Hrsg.), Phänomene des Kinderlebens, Beispiele und methodische Probleme einer pädagogischen Phänomenologie, Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, S. 39–51.
- Müller, Burkhard (2008): Sozialpädagogisches Können, Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit, 5. Aufl., Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.
- Müller, Jürgen Gerhard (2011): Selbstwert und Bewegung, Eine empirische Studie zur Förderung des Selbstwertgefühls von Schülern mit Lernbehinderungen durch das Medium Bewegung und eine Analyse möglicher Wirkfaktoren, Dissertation zur Erlangung des

- Grades eines Doktors der Erziehungswissenschaften in der Fakultät Rehabilitationswissenschaften der Technischen Universität Dortmund, unter:  
<https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/29433/1/Dissertation.pdf> [21.04.2017].
- Müller, Oliver (2005): *Sorge um die Vernunft*, Hans Blumenbergs phänomenologische Anthropologie, mentis Verlag GmbH, Paderborn.
- Mummendey, Hans Dieter (1990): *Psychologie der Selbstdarstellung*, Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen, Toronto, Zürich.
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2003): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*, hrsg. v. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Übers. aus dem Engl. v. G. Conrad, 1. Aufl. der dt. Ausgabe, Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg.
- Netzwerk Stimmenhören e.V. (o.J.): *Die innere Stimme*, Auszüge aus der Broschüre des engl. Hearing Voices Network v. Paul Baker, unter:  
<http://www.stimmenhoeren.de/die-innere-stimme/> [21.04.2017].
- Nietzsche, Friedrich (1999a): *Werke*, Lizenzausgabe Zweitausendeins von 1999, Nachdruck der zweibändigen Ausgabe der Hanser Bibliothek, hrsg. v. Ivo Frenzel, 1967/1981, Carl Hanser Verlag, München, Wien.
- Nietzsche, Friedrich (1999b): *Die fröhliche Wissenschaft*, „La gaya scienza“, vollst. Ausg. nach dem Text der Ausg. Leipzig 1887, Neuaufl. mit einem Nachwort, einer Zeittafel zu Nietzsche, Anmerkungen und bibliographischen Hinweisen v. Peter Pütz, Goldmann Verlag, München.
- Ochsmann, Randolph (2008): *Auf der Suche nach Sinn – Logotherapie und Existenzanalyse nach Viktor Frankl*, in: *essence*, Schriften zum wesentlichen, Heft 1/2008, hrsg. v. Haus der Begegnung, Frankfurt am Main, S. 47–56.
- Oerter, Rolf/Hagen, Cornelia von/Röper, Gisela/Noam, Gil (Hrsg.) (1999): *Klinische Entwicklungspsychologie*, Ein Lehrbuch, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Oswald, Hans (1997): *Was heißt qualitativ forschen?*, in: Barbara Friebertshäuser/Annedore Prengel (Hrsg.), *Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Juventa Verlag, Weinheim, München, S. 71–87.
- Overbeck, Annegret (1999): *Schrift – Mündlichkeit – Bebilderung*, Zur Popularisierung von Textverstehen zwischen Hermeneutik, Pädagogik und Psychoanalyse, in: Heiner Drerup/Edwin Keiner (Hrsg.), *Popularisierung wissenschaftlichen Wissens in pädagogischen Feldern*, Deutscher Studien Verlag, Weinheim, S. 105–124.
- Pauen, Michael/Roth, Gerhard (Hrsg.) (2001): *Neurowissenschaften und Philosophie*, Eine Einführung, Wilhelm Fink Verlag, München.
- Paul, Bettina/Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.) (2010): *Risiko Gesundheit, Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Pawelzik, Markus R. (2011): *Das Selbst in der Psychotherapie*, Vorbemerkungen zum Symposium „Das Selbst in der Psychotherapie“, Vortrag Symposium EOS-Klinik Münster, unter:  
[http://www.eos-klinik.de/uploads/media/Das\\_Selbst\\_in\\_der\\_Psychotherapie.pdf](http://www.eos-klinik.de/uploads/media/Das_Selbst_in_der_Psychotherapie.pdf) [18.11.2011].
- Peez, Georg (2007): *Laras erste Kritzel*, Eine phänomenologische Fallstudie zu den frühesten Zeichnungen eines 13 Monate alten Kindes, in: Georg Peez (Hrsg.), *Fallforschung in der Kunstpädagogik*, Ein Handbuch qualitativer Empirie für Studium, Praktikum und Unterricht, Schneider Verlag, Baltmannsweiler, unter:  
<http://www.georgpeeze.de/texte/larakritzel.htm> [21.02.2013].
- Perler, Dominik (2012): *Wenn Gespenster im Gehirn die Karten legen*, Kritik zu: Antonio Damasio, „Selbst ist der Mensch“, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 25.01.2012, unter:

- [http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/buecher/rezensionen/sachbuch/antonio-damasio-selbst-ist-der-mensch-wenn-gespenster-im-gehirn-die-karten-legen-11623961-p2.html?printPagedArticle=true#pageIndex\\_2](http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/buecher/rezensionen/sachbuch/antonio-damasio-selbst-ist-der-mensch-wenn-gespenster-im-gehirn-die-karten-legen-11623961-p2.html?printPagedArticle=true#pageIndex_2) [26.04.2017].
- Petzold, Ernst (1996): Ganzheitliche Medizin – eine Illusion?, in: Peter Kemper (Hrsg.), Die Geheimnisse der Gesundheit, Medizin zwischen Heilkunde und Heiltechnik, Lizenzausgabe mit Genehmigung des Insel Verlags, Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, S. 286–302.
- Petzold, Hilarion (Hrsg.) (1986a): Leiblichkeit, Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 2. Aufl., Junfermann-Verlag, Paderborn.
- Petzold, Hilarion (1986b): Die modernen Verfahren der Bewegungs- und Leibtherapie und die „Integrative Bewegungstherapie“, in: Hilarion Petzold (Hrsg.), Leiblichkeit, Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 2. Aufl., Junfermann-Verlag, Paderborn, S. 347–389.
- Petzold, Hilarion (2010): Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit – Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“, in: Polyloge 11/2010, [online], 26 Seiten, unter: [http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-gesundheit\\_frische\\_leistf-polyloge\\_11\\_2010.pdf](http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-gesundheit_frische_leistf-polyloge_11_2010.pdf) [19.10.2010].
- Peukert, Reinhard (2002): Gemeindepsychiatrie, © FH Fulda, unter: <http://www.ibrp-online.de/download/gemeinde.pdf> [08.01.2016].
- Pfeifer, Samuel (2010): Was gibt uns Hoffnung, Schlussreferat des 21. Riehener Seminars 2010, HOFFNUNG IN DER PSYCHIATRIE, unter: [http://www.psy77.com/RSMAT/RS10-HOFFNUNG/Hoffnung\\_Seminarunterlagen\\_Klinik\\_Sonnenhalde.pdf](http://www.psy77.com/RSMAT/RS10-HOFFNUNG/Hoffnung_Seminarunterlagen_Klinik_Sonnenhalde.pdf) [15.09.2013].
- Plessner, Helmuth (1970): Lachen und Weinen, Eine Untersuchung der Grenzen menschlichen Verhaltens, in: Günter Dux (Hrsg.), Helmuth Plessner, Philosophische Anthropologie – Lachen und Weinen, Das Lächeln, Anthropologie der Sinne, mit einem Nachw. v. Günter Dux, *Conditio humana*, Ergebnisse aus den Wissenschaften vom Menschen, S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, S. 11–171.
- Plessner, Helmuth (1975): Die Stufen des Organischen und der Mensch, Einleitung in die philosophische Anthropologie, 3., unveränd. Aufl., Sammlung Götschen, Bd. 2200, Walter de Gruyter, Berlin, New York.
- Plöbl, Irmgard/Knuf, Andreas (2010): Sozialpsychiatrie und Persönlichkeitsstörungen, in: Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie, Themenschwerpunkt „Persönlichkeitsstörungen“, 28. Jg., Heft 1/2010, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart GmbH, Stuttgart, S. 10–13.
- Plügge, Herbert (1986): Über das Verhältnis des Ichs zum eigenen Leib, in: Hilarion Petzold (Hrsg.), Leiblichkeit, Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 2. Aufl., Junfermann-Verlag, Paderborn, S. 107–132.
- Pohlen, Manfred/Bautz-Holzherr, Margarethe (2001): Eine andere Psychodynamik, Psychotherapie als Programm zur Selbstbemächtigung des Subjekts, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Precht, Richard David (2007): Wer bin ich – und wenn ja, wie viele? Eine philosophische Reise, 11. Aufl., Goldmann Verlag, München.
- Prohl, Robert (2006): Grundriss der Sportpädagogik, 2., stark überarb. Aufl., Limpert Verlag GmbH, Wiebelsheim.

- Quinten, Susanne (2009): Gedanken über die salutogenetische Ausrichtung der Tanztherapie, in: ZS für Tanztherapie, Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 16. Jg., Heft 29/30 2009, Claus Richter Verlag, Köln, S. 32–39.
- Rädler, Thomas/Pajonk, Frank-Gerald/Koesler, Andreas (2012): „Bremsen der Seele“, Spezifische Psychopharmaka und ihre Wirkung, in: Thomas Bock, Achterbahn der Gefühle, Mit Manie und Depression leben lernen, BALANCE ratgeber, 3. Aufl., BALANCE buch + medien verlags GmbH & Co. KG, Bonn, S. 153–176.
- Ratzke, Katharina/Petersen, Johannes Peter/Steffens, Thomas (2016): Editorial, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Prävention und Präventionsgesetz“, 34. Jg., Heft 3/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 3.
- Rehn, Benno (2016): Gute Präventionsansätze, Aus der Sicht von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Prävention und Präventionsgesetz“, 34. Jg., Heft 3/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 25–28.
- Reichel, Auguste (2012): Sinnvoll tanzen – Tanz als Ausdruck des ganzen Menschen, in: ZS für Tanztherapie, Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 19. Jg., Heft 34/2012, Claus Richter Verlag, Köln, S. 29–35.
- Reichelt, Fe (1993): Atem, Tanz und Therapie: Schlüssel des Erkennens und Veränderns, mit praktischen Übungen, 2., überarb. Aufl., Brandes & Apsel Verlag GmbH, Frankfurt am Main.
- Rentsch, Thomas (2003): „Sein und Zeit“, Fundamentalontologie als Hermeneutik der Endlichkeit, in: Dieter Thomä (Hrsg.), Heidegger-Handbuch, Leben – Werk – Wirkung, unter Mitarbeit v. Katrin Meyer u. Hans Bernhard Schmid, Verlag J.B. Metzler, Stuttgart, Weimar, S. 51–80.
- Rissing, Thilo (2004): Das Wahrsprechen des Subjekts, Michel Foucaults Vorlesung am Collège de France über die „Hermeneutik des Subjekts“, in: literaturkritik.de, rezensionsforum, Nr. 8, August 2004, unter: <http://literaturkritik.de/id/7323> [20.06.2016].
- Rittelmeyer, Christian (1989): Die Phänomenologie im Kanon der Wissenschaften: Vorüberlegungen zu einer umstrittenen Erkenntnismethode, in: Wilfried Lippitz/Christian Rittelmeyer (Hrsg.), Phänomene des Kinderlebens, Beispiele und methodische Probleme einer pädagogischen Phänomenologie, Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, S. 9–36.
- Roder, Volker/Brenner, Hans D./Kienzle, Norbert/Hodel, Bettina (1992): Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT), Materialien für die psychosoziale Praxis, 2. Aufl., Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Rohde-Dachser, Christa (1989): Das Borderline-Syndrom, Geleitwort v. Raymond Battegay, 4., ergänzte Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto.
- Rombach, Heinrich (1987): Strukturanthropologie, Der menschliche Mensch, Verlag Karl Alber, Freiburg, München.
- Roos, Theo (2007): Philosophische Vitamine, Die Kunst des guten Lebens, 3. Aufl., Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln.
- Rudolf, Gerhard A. E. (2000): Der schizophrene Patient in der ärztlichen Sprechstunde, Praxisleitfaden Psychiatrie, 4., überarb. und aktualisierte Aufl., Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Ruffing, Reiner (2013): Der Sinn der Sorge, Verlag Karl Alber, Freiburg, München.
- Sack, Martin/Lamprecht, Friedhelm (1997): Lässt sich der „sense of coherence“ durch Psychotherapie beeinflussen?, in: Friedhelm Lamprecht/Rolf Johnen (Hrsg.), Salutogenese, Ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, 3., überarb. Aufl., VAS – Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main, S. 186–193.

- Sacks, Oliver (2007): *The Man Who Mistook His Wife for a Hat*, Picador, London.
- Scharfetter, Christian (1989): Die Indikation zu leib- und bewegungstherapeutischen Verfahren in der Psychiatrie, in: *Integrative Therapie, ZS für Verfahren Humanistischer Psychologie und Pädagogik*, begründet v. Ch. Bühler u. H. Petzold, 15. Jg., Heft 1, Junfermann-Verlag, Paderborn, S. 16–24.
- Scharfetter, Christian (1990): *Schizophrene Menschen: Krankheitskonzepte, Geschichte, Diagnostik, Bewusstseinsbereiche und Psychopathologie, Ich-Psychopathologie des schizophrenen Syndroms, Forschungsansätze und Deutungen, Therapiegrundsätze*, m. einem Geleitwort v. Manfred Bleuler, 3., neubearb. u. erw. Aufl., Psychologie Verlags Union, Urban- und Schwarzenberg, München.
- Schiffer, Eckhard (2001): *Wie Gesundheit entsteht, Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung*, Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Schiffer, Eckhard (2006): *Wie Gesundheit entsteht, Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung*, Referat vom 25.04.2006 im Stadttheater Meppen, auf Einladung der Hospiz-Hilfe Meppen e.V., unter:  
<http://eckhard-schiffer.de/vortragstexte/meppen.pdf> [06.10.2015].
- Schipperges, Heinrich (1981): *Kosmos Anthropos, Entwürfe zu einer Philosophie des Leibes*, 1. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart.
- Schipperges, Heinrich (1986): Das Konzept der Leiblichkeit bei Friedrich Nietzsche, in: Hilarion Petzold (Hrsg.), *Leiblichkeit, Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften*, 2. Aufl., Junfermann-Verlag, Paderborn, S. 133–147.
- Schipperges, Heinrich (1990): *Konzepte gesunder Lebensführung, Leitfaden einer Vorsorgemedizin*, Verlag Brüder Hollinek, Wien.
- Schmid, Jörg Lemmer (2007): Flow-Erleben und Achtsamkeit, Neue Paradigmen psychomotorischer Gesundheitsförderung, in: *Motorik, ZS für Motopädagogik und Mototherapie*, 30. Jg., Heft 3, September 2007, Hofmann-Verlag, Schorndorf, S. 130–134, unter:  
[http://www.uni-marburg.de/fb21/motologie/mitarbeiter\\_seiten/ls/Achtsamkeit\\_und\\_Flow.pdf](http://www.uni-marburg.de/fb21/motologie/mitarbeiter_seiten/ls/Achtsamkeit_und_Flow.pdf) [22.03.2014].
- Schmid, Wilhelm (1998): *Philosophie der Lebenskunst, Eine Grundlegung*, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1385, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Schmid, Wilhelm (2000): *Die Geburt der Philosophie im Garten der Lüste*, suhrkamp taschenbuch 3215, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Schmid, Wilhelm (2001): Die Seele über den Körper pflegen, Gespräch mit Jan Friedmann, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 25.08.2001, unter:  
<http://www.faz.net/aktuell/sport/philosophie-wilhelm-schmid-die-seele-ueber-den-koerper-pflegen-128914.html> [21.04.2017].
- Schmid, Wilhelm (2005): *Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst*, suhrkamp taschenbuch 3664, Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Schmidt, Bettina (2010): Der kleine Unterschied: Gesundheit fördern – und fordern, in: Bettina Paul/Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Risiko Gesundheit, Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 23–37.
- Schmidt-Millard, Torsten (1991): Gesundheit – Leiblichkeit – Bildung, Skizze des Begründungszusammenhangs der Gesundheitsbildung, in: Edgar Beckers/Carsten Kruse (Hrsg.), *Gesundheit und Bewegung, didaktische Perspektiven und praktische Umsetzung, Gesundheitsbildung durch Wahrnehmungsentwicklung und Bewegungserfahrung*, Bd. 2, Verlag Sport und Buch Strauß, Köln, S. 15–27.
- Schmitz, Hermann (1969): *System der Philosophie, Dritter Band: Der Raum, Zweiter Teil: Der Gefühlsraum*, Bouvier Verlag, Bonn.

- Schmitz, Hermann (1977): System der Philosophie, Dritter Band: Der Raum, Vierter Teil: Das Göttliche und der Raum, Bouvier Verlag, Bonn.
- Schmitz, Hermann (1986): Phänomenologie der Leiblichkeit, in: Hilarion Petzold (Hrsg.), Leiblichkeit, Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 2. Aufl., Junfermann-Verlag, Paderborn, S. 71–106.
- Schmitz, Hermann (1992): Thesen zur phänomenologisch-philosophischen Fundierung der Psychotherapie, in: Rolf Kühn/Hilarion Petzold (Hrsg.), Psychotherapie & Philosophie: Philosophie als Psychotherapie?, Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 50, Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn, S. 551–568.
- Schmitz, Hermann (2005a): System der Philosophie, Zweiter Band, Erster Teil: Der Leib, Studienausgabe 2005, Bouvier Verlag, Bonn.
- Schmitz, Hermann (2005b): System der Philosophie, Dritter Band: Der Raum, Erster Teil: Der leibliche Raum, Studienausgabe 2005, Bouvier Verlag, Bonn.
- Schmitz, Hermann (2009): Die Neue Phänomenologie, Interview mit Andreas Brenner, in: Information Philosophie, Die ZS, die über Philosophie informiert, 05/2009, unter: <http://www.information-philosophie.de/?a=1&t=2843&n=2&y=4&c=83> [19.09.2016].
- Schmoll, Dirk (1988): Schizophrenie und Leiblichkeit: zur Psychopathologie coenästhetischer Schizophrenien, Integrative Therapie, Beiheft 14, Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn.
- Schmolke, Margit (2001): Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen, Eine empirische Untersuchung, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Schmugge, Barbara (1999): Verba docent, exempla trahunt? Der Fallbericht in der sonderpädagogischen Fachliteratur, unveröff. Univ. Dissertation, Zentralstelle der Studentenschaft, Zürich.
- Schneck, Peter (1996): Galens diätetisches Leitbild, in: Peter Kemper (Hrsg.), Die Geheimnisse der Gesundheit, Medizin zwischen Heilkunde und Heiltechnik, Lizenzausgabe mit Genehmigung des Insel Verlags, Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, S. 115–126.
- Schoop, Trudi (1981): ... komm und tanz mit mir! Ein Versuch, dem psychotischen Menschen durch die Elemente des Tanzes zu helfen, Verlag Musikhaus Pan AG, Zürich.
- Schramme, Thomas (2000): Patienten und Personen, Zum Begriff der psychischen Krankheit, Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main.
- Schubert, Franz-Christian (2002): Salutogenese, Kohärenzgefühl und Widerstandsressourcen – Wasser auf die Müh(1)en der Sozialen Arbeit, Impulse und Bestätigungen aus der Gesundheits- und Stressforschung, in: Das gepfefferte Ferkel, Online-Journal für systemisches Denken und Handeln, Februar 2002, unter: [https://www.ibs-networld.de/Ferkel/Archiv/schubert-f-c-02-02\\_salutogenese.html](https://www.ibs-networld.de/Ferkel/Archiv/schubert-f-c-02-02_salutogenese.html) [11.01.2010].
- Schuhmacher-Chilla, Doris (2013): Körper – Leiblichkeit, unter: <https://www.kubi-online.de/artikel/koerper-leiblichkeit> [04.11.2016].
- Seewald, Jürgen (1997): Der „Verstehende Ansatz“ und seine Stellung in der Theorielandchaft der Psychomotorik, in: Praxis der Psychomotorik, ZS für Bewegungserziehung, 22. Jg., Heft 1, Februar 1997, verlag modernes lernen, Dortmund, S. 4–15.
- Seewald, Jürgen (2000): Leib und Symbol: ein sinnverstehender Zugang zur kindlichen Entwicklung, 2., unveränd. Aufl. der Originalausgabe von 1992, Wilhelm Fink Verlag, München.
- Seewald, Jürgen (2003): Gesundheit – ein Thema für die Motologie?, in: Motorik, ZS für Motopädagogik und Mototherapie, 26. Jg., Heft 3, Verlag Karl Hofmann, Schorndorf, S. 134–142.

- Seewald, Jürgen (2004): Über die Genese des „Verstehenden Ansatzes“ in der Motologie, in: Amara Renate Eckert/Richard Hammer (Hrsg.), *Der Mensch im Zentrum*, Verlag Aktionskreis Literatur und Medien, Lemgo, S. 27–58.
- Seewald, Jürgen (2006): Gesundheitsförderung als neues Paradigma der Motologie?, in: Klaus Fischer/Eckhart Knab/Melanie Behrens (Hrsg.), *Bewegung in Bildung und Gesundheit*, Verlag Aktionskreis Literatur und Medien, Lemgo, S. 282–290.
- Seewald, Jürgen (2007): *Der verstehende Ansatz in Psychomotorik und Motologie*, Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Seewald Jürgen (2008): Gesundheitsförderung – Chancen und Risiken des neuen Paradigmas der Psychomotorik, in: Wolfgang Beudels/Richard Hammer/Ruth Hamsen/Stefanie Kuhlenkamp/Jan Volmer (Hrsg.), *Bewegung in der Lebensspanne*, Festschrift für Gerd Hölter, Verlag Aktionskreis Literatur und Medien, Lemgo, S. 63–74.
- Seewald, Jürgen (2012): Motologisch orientierte Gesundheitsförderung, Konzeptionelle Überlegungen und praktische Konsequenzen, in: *Motorik, ZS für Motopädagogik und Mototherapie*, 35. Jg., Heft 2, Verlag Karl Hofmann, Schorndorf, S. 54–60.
- Senftleben, Ralf (o.J.): Affirmationen – Ein praktischer Weg zu Wachstum, Veränderung und Heilung, unter:  
<http://www.zeitzuleben.de/2944-affirmationen-ein-praktischer-weg-zu-wachstum-veraenderung-und-heilung/> [09.09.2013].
- Sesink, Werner (2002): *Psychoanalyse und Pädagogik, Eine pädagogische Einführung in die psychoanalytische Entwicklungstheorie D.W. Winnicotts*, Vorlesungsskript, erschienen unter dem Titel „Vermittlungen des Selbst“, LIT-Verlag, Münster, 2002 (vergriffen), unter:  
[http://www.abpaed.tu-darmstadt.de/media/arbeitsbereich\\_bildung\\_und\\_technik/gesammelteskripte/psychoanalysepdagogik\\_sesink.pdf](http://www.abpaed.tu-darmstadt.de/media/arbeitsbereich_bildung_und_technik/gesammelteskripte/psychoanalysepdagogik_sesink.pdf) [25.08.2015].
- Siegel, Daniel J. (2010): *Das achtsame Gehirn*, aus dem Amerikan. v. Dr. Ute Weber, 3. Aufl., Arbor Verlag, Freiamt im Schwarzwald.
- Siegel, Elaine V. (1986): *Tanztherapie: Seelische und körperliche Entwicklung im Spiegel der Bewegung*, Ein psychoanalytisches Konzept, mit einem Vorwort v. M. Dorsch, Konzepte der Humanwissenschaften, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Soentgen, Jens (1998): *Die verdeckte Wirklichkeit*, Einführung in die Neue Phänomenologie von Hermann Schmitz, Bouvier Verlag, Bonn.
- Spitzer, Manfred (2007): *Musik im Kopf, Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk*, 7., unveränd. Nachdruck, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York.
- Steffens, Thomas/Dieterich, Anja (2016): Prävention, in: *Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie*, Themenschwerpunkt „Prävention und Präventionsgesetz“, 34. Jg., Heft 3/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 4–7.
- Stein, Herbert (1979): *Psychoanalytische Selbstpsychologie und die Philosophie des Selbst*, Psychologia Universalis Bd. 39, hrsg. v. Eberhard Bay, Willy Hellpach, Wolfgang Metzger, Wilhelm Witte, Verlag Anton Hain, Meisenheim am Glan.
- Steinkamp, Hermann (1998): Selbstsorge und Parrhesia: antike Vorläufer gruppenspezifischer Praxis?, in: *Gruppendynamik*, 29. Jg., Heft 4/1998, Leske + Budrich, Opladen, S. 371–378.
- Stenger, Ursula (2002): *Schöpferische Prozesse, Phänomenologisch-anthropologische Analysen zur Konstitution von Ich und Welt*, Beiträge zur pädagogischen Grundlagenforschung, Juventa Verlag, Weinheim, München.
- Stern, Daniel (2007): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*, m. einer neuen Einleitung des Autors, Übers. aus dem Amerikan. v. Wolfgang Krege, bearb. v. Elisabeth Vorspohl, 9., erw. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart.



- Stork, Jochen (1983): Versuch einer Einführung in das Werk von D.W. Winnicott, in: Donald W. Winnicott, Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse, aus den „Collected Papers“, aus dem Engl. v. Gudrun Theusner-Stampa, Fischer Taschenbuch Verlag, Hamburg, S. 9–29.
- Taylor, Charles (1986): Leibliches Handeln, in: Alexandre Métraux/Bernhard Waldenfels, Leibhaftige Vernunft, Spuren von Merleau-Pontys Denken, Wilhelm Fink Verlag, München, S. 194–217.
- Terhart, Ewald (1997): Entwicklung und Situation des qualitativen Forschungsansatzes in der Erziehungswissenschaft, in: Barbara Friebertshäuser/Annedore Prengel (Hrsg.), Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Juventa Verlag, Weinheim, München, S. 27–42.
- Thomä, Dieter (Hrsg.) (2003): Heidegger-Handbuch, Leben – Werk – Wirkung, unter Mitarbeit v. Katrin Meyer u. Hans Bernhard Schmid, Verlag J.B. Metzler, Stuttgart, Weimar.
- Thorbrietz, Petra (2012): Inklusion – Vision oder Illusion?, in: Werkstatt:Dialog, Das Magazin für Menschenwürde, 28. Jg., 5/2012, BAG:WfbM, Frankfurt am Main, S. 26–35.
- Tiedemann, Jens León (2007): Die intersubjektive Natur der Scham, Dissertation am FB Erziehungswissenschaft und Psychologie der FU Berlin, Kapitel 12, Narzissmus und Störungen des Selbst, S. 252–272, unter:  
[http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS\\_derivate\\_000000002943/14\\_DritterTeil\\_Kapitel\\_12.pdf](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000002943/14_DritterTeil_Kapitel_12.pdf)  
 ;jsessionid=492827036061ACFABBEC7BF664CF9C9C?hosts [24.07.2015].
- Torges, Burga (2016): Die Gesundheitsselbsthilfe, Mehr als nur eine Erfolgsgeschichte, in: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Themenschwerpunkt „Selbsthilfe und Selbstvertretung“, 34. Jg., Heft 2/2016, Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Stuttgart, S. 4–6.
- Trautmann-Voigt, Sabine (2008): Über die Bedeutung salutogenetischen Denkens, in: ZS für Tanztherapie, Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 15. Jg., Heft 27/28 2008, Claus Richter Verlag, Köln, S. 31–33.
- Uzarewicz, Charlotte/Moers, Martin (2012): Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft – eine Annäherung, in: Pflege & Gesellschaft, 17. Jg., 2/2012, S. 101–110, unter:  
[http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2013/12/PuG-2\\_2012\\_P+G.pdf](http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2013/12/PuG-2_2012_P+G.pdf) [24.09.2016].
- Valkanover, Stefan (2015): Wissen kompakt: Selbstkonzept, in: Motorik, ZS für Psychomotorik in Entwicklung, Bildung und Gesundheit, 38. Jg., 1/2015, Ernst Reinhardt Verlag, München, S. 31–33.
- Vogele, Kai (2001): Psychopathologie des Selbstkonstrukts, in: Michael Pauen/Gerhard Roth (Hrsg.), Neurowissenschaften und Philosophie, Eine Einführung, Wilhelm Fink Verlag, München, S. 238–268.
- Waldenfels, Bernhard (1986): Das Problem der Leiblichkeit bei Merleau-Ponty, in: Hilarion Petzold (Hrsg.), Leiblichkeit, Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 2. Aufl., Junfermann-Verlag, Paderborn, S. 149–172.
- Waldenfels, Bernhard (1992): Einführung in die Phänomenologie, Wilhelm Fink Verlag, München.
- Waldenfels, Bernhard (1994): Antwortregister, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Waldenfels, Bernhard (1995): Deutsch-französische Gedankengänge, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Waldenfels, Bernhard (1999): Topographie des Fremden, Studien zur Phänomenologie des Fremden 1, 2. Aufl., suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1320, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.

- Waldenfels, Bernhard (2000): Das leibliche Selbst, Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes, hrsg. v. Regula Giuliani, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Waldenfels, Bernhard (2015): Selbstsorge und Fremdsorge, Vortrag anlässlich der 21. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft, 9.–11. Oktober 2015, Freiburg, 13 Seiten, unter:  
[http://viktor-von-weizsaecker-gesellschaft.de/assets/pdf/Bernhard\\_Waldenfels\\_Selbstsorge\\_und\\_Fremdsorge.pdf](http://viktor-von-weizsaecker-gesellschaft.de/assets/pdf/Bernhard_Waldenfels_Selbstsorge_und_Fremdsorge.pdf) [26.04.2017].
- Walter, Ulla/Patzelt, Christiane (2010): Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Aktualisierung vom 22.11.2010, unter:  
[http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-153.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-153.html) [24.05.2016].
- Warner, Lisa Marie (2013): Resilienz, in: Dorsch, Lexikon der Psychologie, Internetlexikon, ©2013 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, unter:  
<https://portal.hogrefe.com/dorsch/resilienz/> [21.04.2016].
- Weltgesundheitsorganisation WHO (1986/1993): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Nachdruck der autorisierten Fassung 1993, G. Conrad Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- Weltgesundheitsorganisation WHO (1997): Die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert, autorisierte dt. Fassung der „Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century“, G. Conrad Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- Weltgesundheitsorganisation WHO (1998): Glossar Gesundheitsförderung, Genf.
- Westphal, Kristin (2014): Phänomenologie als Forschungsstil und seine Bedeutung für die kulturelle und ästhetische Bildung, unter:  
<https://www.kubi-online.de/artikel/phaenomenologie-forschungsstil-seine-bedeutung-kulturelle-aesthetische-bildung> [04.11.2016].
- Winnicott, Donald W. (1983): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse, aus den „Collected Papers“, aus dem Engl. v. Gudrun Theusner-Stampa, Fischer Taschenbuch Verlag, Hamburg.
- Winnicott, Donald W. (2001): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Übers. aus dem Engl. v. Gudrun Theusner-Stampa, unveränd. Aufl. der dt. Ausgabe von 1974, Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Winter, Reiner (o.J.): Stoische Ruhe in einer lauten Zeit, Zur Philosophie der Stoa, unter:  
<http://www.re-wi.de/stoa.pdf> [11.02.2011].
- Wischnewsky, Hannah (2011): Bewegungs- und tanztherapeutische Kriseninterventionen bei PatientInnen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen, Bericht über eine Fortbildung, in: ZS für Tanztherapie, Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 18. Jg., Heft 32/2011, Claus Richter Verlag, Köln, S. 16–17.
- Wolff, Stephan (2000): Dokumenten- und Aktenanalyse, in: Uwe Flick/Ernst von Kardoff/Ines Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung, Ein Handbuch, rowohlts enzyklopädie, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S. 502–513.
- Wolfstetter, Lothar (1985): Foucaultide, Foucaults aktualisierende Transformation der antiken Philosophie in eine Subjekttheorie, in: Helmut Becker/Lothar Wolfstetter/Alfred Gomez-Muller/Raúl Fornet-Betancourt (Hrsg.), Michel Foucault, Freiheit und Selbstsorge, 2. Aufl., Materialis Verlag, Frankfurt am Main, S. 61–72.
- Wolke, Dieter (1999): Interventionen bei Regulationsstörungen, in: Rolf Oerter/Cornelia von Hagen/Gisela Röper/Gil Noam (Hrsg.), Klinische Entwicklungspsychologie, Ein Lehrbuch, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, S. 351–380.
- Wulforst, Britta (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik, Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung, Juventa Verlag, Weinheim, München.

Erklärung:

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbst und ohne fremde Hilfe verfasst, nicht andere als die in ihr angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt, alle vollständig oder sinngemäß übernommenen Zitate als solche gekennzeichnet sowie die Dissertation in der vorliegenden oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen in- oder ausländischen Hochschule anlässlich eines Promotionsgesuchs oder zu anderen Prüfungszwecken eingereicht habe.

.....